



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

ANSELMA ALVES BATISTA

**FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE TRABALHO E
NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS: PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES
DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

**FORTALEZA
2013**

ANSELMA ALVES BATISTA

**FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE TRABALHO E
NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS: PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES
DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Gestão Estratégica para instituições de ensino superior.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza.

FORTALEZA
2013

Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

B336f Batista, Anselma Alves.

Fatores que interferem no processo de trabalho e nas relações interpessoais: percepção dos servidores de enfermagem de um serviço ambulatorial/ Anselma Alves Batista. –2013. 107f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2013.

Orientação: Prof. Dra. Maria de Fátima de Souza.

1. Processo de trabalho em Saúde 2. Relações Interpessoais 3. Conflito 4. Humanização da Assistência 5. Equipe de Enfermagem I. Título.

CDD 362.1

ANSELMA ALVES BATISTA

**FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE TRABALHO E NAS
RELAÇÕES INTERPESSOAIS: PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DE
ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: gestão estratégica para instituições de ensino superior.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza

Dissertação aprovada em: -----/-----/-----

Prof^a. Dra. Maria de Fátima de Souza- (Orientador)
Universidade Federal do Ceará -UFC -

Prof^a. Dra Maria do Socorro de Sousa Rodrigues (Membro)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva (Membro)
Universidade Estadual do Ceará- UECE

Dedico

Aos meus pais, pelo dom da vida e por terem me ensinado a lutar por meus ideais, sem atropelar o meu próximo.

Ao meu companheiro José, pela paciência, compreensão e presença constante em minha caminhada.

A todos os meus familiares, como reflexão e norte para a trajetória da vida.

A toda e qualquer pessoa que acredita de alguma forma em mundo melhor.

A todos que lutam por um sorriso cotidiano.

A todos aqueles que buscam ver o melhor nas pessoas, sem julgar.

A todos os chefes, que buscam serem líderes, servindo de forma sincera a sua equipe.

E... enfim...

“A todos que buscam trazer a verdade à tona quebrando alguns paradigmas, quando o que os motiva é o seu crescimento a mercê do crescimento do outro”.

*(Baseado no texto de)
“Saimon Leites Selau” (2011)*

Como é difícil...

Como é difícil descobrir que ser muito bom não é ser bom o bastante.

Difícil de saber o porquê de dar tudo errado quando se faz tudo certo.

Ou ainda saber que seu conceito de certo estava errado, e que é preciso uma mudança... mais uma mudança.

Como é ruim sentir-se perdido quando pensou ter se encontrado.

Contudo, como é bom chegar à conclusão de que não existe bom o bastante, de que nada precisa mudar, e de que os conceitos certos é que estão perdidos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a minha vida e por todas as maravilhas concedidas durante a minha trajetória.

À Virgem Mãe Rainha, por sua sabedoria e intercessora dos momentos de fragilidade.

À prof^a. Dr^a. Lucilane Maria Sales da Silva, prof^a. Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará e prof^a. coordenadora do Programa de Mestrado e Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade/Estadual do Ceará – UECE, pela disponibilidade, pontualidade e contribuições na qualificação e defesa dessa dissertação.

À prof^a. Dr^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues (Mestrado Políticas Públicas e Gestão do Ensino Superior- UFC) pela compreensão, disponibilidade, paciência, pontualidade e contribuições na qualificação e defesa dessa dissertação.

A minha orientadora, prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza, pela paciência, compreensão, ética e, sobretudo, por representar um membro mediador de incentivo ao estudo contínuo e ao estímulo entre os profissionais do complexo Hospital Universitário Walter Cantídio e este Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior.

À coordenação e docentes do Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Em especial, a Fernanda e ao Delmiro, por sua disponibilidade e atenção.

A minha família, em especial a Mimi, pela presença constante e incansável.

À prof^a. Dr^a. Míriam Conceição Levina, do Departamento de Enfermagem da UFC, pelo ser humano que é e por sua disponibilidade em compartilhar algumas ideias que deram início ao meu projeto.

A Dr^a. Marta Medeiros (Departamento de Reumatologia da UFC) e ao Dr. Sebastião Diógenes (Departamento de Otorrinolaringologia da UFC), pela confiança e credibilidade à minha pessoa.

À enfermeira, Mestra Francisca de Melo Beserra (Enfermeira Mestra- HUWC-UFC) pelo incentivo e apoio no início do meu projeto.

À saudosa enfermeira e amiga Lúcia Regina Ferreira da Silva (*in memoriam*), Diretora de enfermagem dos Hospitais Universitários da UFC, pelo privilégio de a termos um dia em nosso convívio, como um modelo agregador de justiça social.

A minha turma de mestrado, pela agradável convivência e o compartilhar de momentos únicos de aprendizagem e alegrias.

Ao Hospital Universitário Walter Cantídio, berço deste construto, a todos os amigos e companheiros participantes do estudo, que deram imenso apoio e não mediram esforços para a realização desta pesquisa.

Agradecimento especial às amigas enfermeiras e técnicas do Ambulatório Especializado – UFC: Leni, Hilça, Ineusi, Conceição Neri e Neivinha, pelas palavras de consolo e incentivo diário.

À enfermeira mestra Maria Luciana Teles (HUWC-UFC), pela sua contribuição nos momentos de aperto.

Finalmente, expresso a minha profunda admiração e gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este momento ímpar de minha vida.

RESUMO

As atuais mudanças na sociedade e a dimensão humana nas instituições de saúde exigem a importância das relações interpessoais para o equilíbrio do processo de trabalho em saúde. O estudo objetiva verificar os fatores que interferem na execução do processo de trabalho e nas relações interpessoais dos profissionais de enfermagem, com vistas à melhoria dos serviços no ambulatório de especialidades. A pesquisa realizou-se no Hospital Universitário Walter Cantídio- HUWC-UFC. Um estudo exploratório de abordagem qualitativa, cuja coleta dos dados foi realizada mediante um questionário com perguntas sobre as relações de trabalho e os fatores intervenientes no processo de trabalho. Este questionário foi aplicado a 23 servidores de enfermagem que atendem diretamente à população, todos com mais de 20 anos de trabalho na instituição. Para análise dos resultados, foi utilizado o método de análise de conteúdo descrito por Bardin (1977; 2006). O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUWC, sob o parecer nº 15237313.13.2.0000.5045. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta foi realizada no período de 5/6 a 15/7 de 2013. A análise dos resultados levou à conclusão que os fatores que interferem no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem têm origem em duas dimensões: a dimensão pessoal e a dimensão institucional. A dimensão pessoal demonstrou a satisfação no trabalho como um aspecto subjetivo, empatia com os colegas, respeito, vínculo institucional, necessidade de maior atuação dos recursos humanos em trabalhar os aspectos coletivos. A dimensão institucional demonstrou questões relativas ao não atendimento às demandas, à escassez de material, à insuficiência de equipamentos, falha nas informações, comunicação ineficaz e más condições ambientais. Algo que aponta para maiores investimentos na área física, como local para banho e higienização, salas para discussão pertinente ao trabalho, locais para atividades físicas laborais, ações de lazer, copa para lanches rápidos etc. Bem como a articulação entre o serviço de educação continuada e gerência de recursos humanos sobre o cotidiano da equipe de enfermagem do ambulatório, através de um acompanhamento efetivo.

Palavras-chave: Processo de Trabalho em Saúde. Relações Interpessoais. Conflito. Humanização e Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

The current changes in society as well as the human dimension in health care institutions call for the importance of interpersonal relationships in order to find a balance in the work process in health care. The objective of this study is to evaluate the factors interfering with both the work process execution and the interpersonal relationships among the nursing professionals aiming at improving the ambulatory specialty services. The research was carried out at the Walter Cantídio University Hospital (HUWC) at the Federal University of Ceará - UFC. The methodology chosen was that of an exploratory and qualitative type research. Data was collected through an interview containing questions about work relationships as well as the factors interfering with the work process. The questionnaire was applied to 23 nurses who have been working at the institution for more than 20 years in direct contact with the population. Results analysis was based on Bardin's (1977; 2006) Content Analysis Method. This project has received the HUWC Research Ethics Committee's favorable opinion under approval N. 15237313.13.2.0000.5045, with all the participants signing the informed consent form. Data collection was carried out from June 5th to July 15th, 2013. The results analysis led to the conclusion that the factors interfering with the nursing professionals work process derive from two dimensions: the Personal Dimension and the Institutional Dimension. The Personal Dimension described work satisfaction as a subjective aspect, empathy with co-workers, respect, institutional links, and demand for more human resources actions regarding collective matters. The Institutional Dimension described issues related to the non-compliance with demands, shortage of material, insufficient equipment, information failure, inefficient communication and environmental conditions. This results in the need for more investment in the physical infrastructure such as shower and hygiene facilities, meeting rooms, work gymnastics facilities, leisure activities, a snack room, etc. It also shows the importance of the connection between the human resources management and continuing education regarding the daily life of the ambulatory care nursing team through an effective follow-up.

Keywords: Work Process in Health. Interpersonal Relationships. Conflict. Humanization Nursing Team.

LISTA DE ABREVIATURAS

AE - Ambulatório Especializado

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

EC - Educação Continuada

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

GRH – Gerência de Recursos Humanos

HUWC- Hospital Universitário Walter Cantídio

LOS -Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RJU - Regime Jurídico Único

SN - Serviço Noturno

UFC - Universidade Federal do Ceará

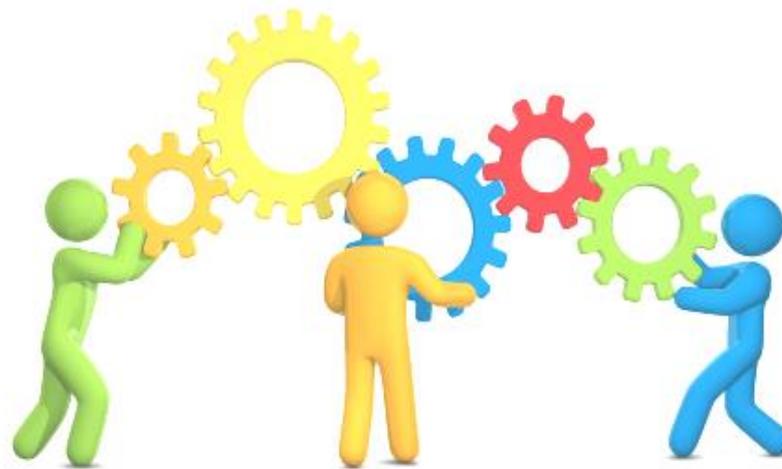
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aspectos-chave da educação continuada e permanente em saúde...	41
Quadro 2 - Faixa etária dos profissionais do Ambulatório Especializado.....	54
Quadro 3 - Unidade de registro e categorias temáticas.....	60
Quadro 4 - Perfil dos profissionais.....	63

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	Processos de trabalho em saúde.....	23
2.2	Relações do cotidiano x conflito	31
2.3	Políticas de educação para a saúde.....	38
2.4	Motivação dos profissionais de saúde.....	43
3.	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	50
3.1	Tipo de estudo	51
3.2	Cenário do estudo.....	52
3.3	Participantes do estudo	54
3.4	Aspectos éticos.....	54
3.5	Coleta dos dados.....	55
3.6	Método de análises dos dados.....	55
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
4.1	Características sócio-demográficas dos participantes do estudo.....	60
4.2	Construção e análises das categorias temáticas.....	62
4.3	Dimensão pessoal.....	64
4.3.1	<i>Prazer pela instituição</i>	64
4.3.2	<i>Satisfação pessoal</i>	66
4.3.2.1	<i>Satisfação no trabalho</i>	67
4.3.2.2	<i>Satisfação com a chefia (geral e imediata)</i>	69
4.3.2.3	<i>Satisfação com os colegas</i>	70
4.3.3	<i>Reconhecimento dos colegas e da instituição</i>	71
4.3.3.1	<i>Jornada de trabalho</i>	73
4.3.3.2	<i>Motivação para o trabalho</i>	75
4.3.4	<i>Relacionamento Interpessoal</i>	77
4.3.4.1	<i>Trabalho em equipe</i>	79
4.4	Dimensão Institucional.....	80
4.4.1	<i>Organização e condições de trabalho</i>	80
4.4.2	<i>Benefícios assistenciais</i>	82
4.4.2.1	<i>Ações motivacionais</i>	82
4.4.3	<i>Participação no processo decisório</i>	84
4.4.4	<i>Política de recursos humanos</i>	86
4.4.5	<i>Políticas de educacionais (educação continuada, capacitação e qualificação)</i>	87
5.	CONCLUSÕES	92
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICES	105



Capítulo1 Introdução



O interesse pelo estudo surgiu das inquietações da pesquisadora desde o dia em que chegou ao ambulatório especializado - assim denominado por atender a 12 especialidades, dentre elas: reumatologia, gastroenterologia, hepatologia, nefrologia, urologia, proctologia, clínica médica, neurologia, infectologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia e DST. Este ambulatório funciona no Hospital Universitário Walter Cantídio-HUWC, da Universidade Federal do Ceará-UFC, hospital de referência no estado do Ceará.

Esta não fazia ideia do rico espaço social que representa o ambulatório local competitivo, subjetivo e conflitivo, demarcado por relações pessoais múltiplas, resultante do encontro diário de profissionais e usuários. Começava, então, um grande desafio: entender o porquê de tantos desencontros e insatisfações naquele local, quando a maioria das pessoas almeja este setor em função de o mesmo seguir o calendário acadêmico com uma escala diurna de segunda a sexta-feira, sem trabalho nos finais de semana e feriados, tornando o trabalho mais 'leve' no tocante ao desgaste físico, diferente da escala dos setores de internação em que o trabalho se dá em regime de plantões em face de a assistência ser ininterrupta, ou seja, 24h/dia.

Conforme Cherchiglia; Dallari (2006), as mudanças ocorridas nas últimas décadas têm gerado profundas repercussões em todos os setores da sociedade, onde a função do Estado torna-se cada vez menos responsável, pelo bem-estar desta. Em se tratando do setor saúde a realidade não é diferente, tendo em seu processo os indícios de insucesso, na qual as instituições de saúde ficam, portanto, comprometidas a estimular seus colaboradores com a adoção de novas ferramentas de gestão alinhada aos processos e as pessoas. Um acompanhamento paralelo e mobilizador de recursos em favor da qualificação tornam-se pertinente na medida em que se atendam às demandas, principalmente no setor saúde e pública, na qual se tem uma alta demanda reprimida.

Considerando a instituição em estudo com sua proposta de ensino e serviço bem como a sua dimensão social que se estabelece entre a inseparabilidade dos atos de cuidar ao mesmo tempo em que educa, respondendo a sua função no que se refere à saúde e à educação. Segue neste contexto a dinâmica do processo de trabalho, bem como todas as orientações dos atos operativos realizados pelos profissionais no local. Em meio a estas faces do cuidar e educar, a instituição forma

seus recursos humanos para atuar na sociedade, atendendo às demandas da academia e da população, que busca os serviços de saúde, realizando ações eminentemente humanas marcadas pela subjetividade.

A produção do cuidado nestas instituições depende de todos os profissionais que ali se encontram e estes compõem uma grande parcela da organização. Ressalta-se que, por se tratar de uma instituição universitária, cujo insumo básico é a inteligência, logo estes profissionais representam a essência da organização. Baseada neste princípio, estes importam igualmente um instrumento da produção intelectual.

O processo de trabalho realizado pela equipe de enfermagem integra a prestação de serviços de saúde consumidos no ato da produção por ocasião da assistência, podendo ser individual ou coletivo, tendo por objeto de trabalho o cuidado, que para se materializar depende da atuação humana e de parcerias solidárias. Esta forma fragmentada de cuidar constitui um campo permeado por inúmeras relações entre profissionais, usuário, equipe, enfim, uma rede de relações favorável à origem de conflitos.

O ato de produzir o trabalho em saúde implica na vulnerabilidade dos profissionais aos conflitos, em face do contexto e da natureza das ações da equipe ser geralmente estressantes, tendo significativa expressão através da desmotivação, da grande taxa de absenteísmo e das doenças ocupacionais de ordem física e psicológica, o que vem a se agravar com o envelhecimento da força de trabalho. A problemática incide negativamente sobre a saúde do trabalhador e na qualidade da assistência, nessa perspectiva fazem-se necessários o gerenciamento dos recursos basearem-se em posicionamentos, focado não somente no cliente, mas no profissional cidadão.

Saber lidar com esta constante e com o efetivo funcionamento no âmbito das organizações, emana competência e habilidade (AGOSTINI, 2005). O trabalho em saúde depende da relação cotidiana; a realização da prática muitas vezes é permeada por sentimentos de desconfiança, competitividade, desrespeito, enfim, indiferenças decorrentes de mal-entendidos, gerando com isso o conflito. Esse fato sugere que a gerência elabore estratégias de equilíbrio, o micro espaço exige atitude, competência, negociação e resolutividade.

O processo da globalização atribui às organizações adaptações respostas

rápidas, exigindo das pessoas qualificação, aprendizado contínuo e um melhor desempenho de suas funções, garantindo à demanda respostas eficazes. Quando se trata de metas para obtenção de resultados frente às mudanças sucedidas no setor saúde, a inclusão de uma política humanizadora deve permear este processo.

Em se tratando da educação como ferramenta para mudanças e transformações nos espaços sociais, ela tem repercussão nos modos de produzir em diferentes áreas do saber. A educação quando aliada à saúde resulta em saberes traduzidos em tecnologias, que influenciam na qualidade dos processos de trabalho, exigindo novas habilidades, estudos realizados por Ceccim (2004); Ricaldoni e Sena (2006); Paschoal *et al* (2007); Brunelli (2008); Carmo (2011) contextualizam estas temáticas.

A Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei nº. 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), consolida o Sistema Único de Saúde- SUS, orientado pela Política Nacional de Humanização-PNH e voltado para a formação dos recursos humanos para atuar na saúde. O seu modelo humanizador continua sendo a aquisição em todas as esferas e pressupõe a amplitude da dimensão cuidadora, motivando os processos participativos entre a equipe de saúde e os usuários. E apesar de seus mais de vinte anos, continua sendo o modelo orientador no campo da saúde (BRASIL, 2004a).

A ênfase na dimensão humana neste estudo advém de que a instituição hospitalar de ensino trabalha para seres humanos, tendo por matéria-prima o ensino na produção do cuidado e como produto saúde. No que se refere às ações desenvolvidas no espaço do ambulatório, o elemento humano possui função imprescindível; o provimento de condições favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais por melhoria da qualidade nos serviços de saúde representa condição prioritária para estas instituições, sobretudo no tocante à educação dos profissionais. Contudo e apesar de todo o aparato tecnológico e científico, o capital humano ainda se constitui o bem sustentável e de grande desafio dos órgãos públicos.

Lima (2006) evidencia que este capital que se coloca em função de um ser humano enfermo tem o dever, caso seja possível, de devolvê-lo ao seu convívio social e com saúde; lembra que esta pessoa, cujo organismo não funciona adequadamente pela fragilidade, compõe também a razão da existência dos hospitais.

Em consequência desta característica complexa, a realização do trabalho em saúde fica submetida à ação da equipe multiprofissional, diferentes saberes e capacitações somam-se de forma organizada, sob uma égide de especialidades de forma hierarquizada no campo técnico e administrativo, necessitando de um modelo do gerenciador do conhecimento, no sentido de manter um trabalho de forma harmoniosa, conduzido por uma política transformadora de espaços que aprendam continuamente, com acompanhamento sistematizado, incluindo a este aprendizado as questões culturais e valorativas.

Percebe-se que a humanização continua sendo a pilastra das grandes discussões na área da qualidade, tecnologia científica e social no campo da saúde. Para respaldo deste aspecto, encontram-se nas instituições de saúde os serviços de ouvidoria, comitês de ética e outros e mesmo com todo este suporte ouvem-se através da mídia atitudes desumanas praticadas aos sujeitos.

O atual processo das mudanças gera uma intensa crise no setor, que repercute diretamente na qualidade da assistência, resultando na desconfiança do cuidado prestado pelos profissionais, um cenário triste, em que se faz necessária uma intervenção urgente. Com relação à qualidade do cuidado, se recorre à inclusão de uma política de saúde voltada para a humanização, com foco na educação contínua, na reflexão da prática, nos modos de produzir as ações.

Se as mudanças atuais demarcam tais atitudes advindas da população, resta para os serviços de saúde um repensar na construção de estratégias para o enfrentamento destas questões, principalmente quando se avalia o cenário global com suas significativas mudanças, em quase todos os seguimentos da sociedade.

O que se tem observado na prática cotidiana do cenário hospitalar é que ainda não houve uma política efetiva com relação à reorganização do processo de trabalho, incluindo a ampliação dos recursos humanos, de modo que venha a se concretizar a integralidade dos serviços, gerando resultados satisfatórios, bem como o fortalecimento de mecanismos para o enfrentamento dos eventos adversos.

Durante a vivência da pesquisadora, pode observar alguns entraves e dificuldades de se integrar a educação às práticas realizadas; esta conjuntura emerge para um monitoramento paralelo advindo da gerência de recursos humanos, junto à produção dos serviços, do cuidado e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, evitando prejuízos para a assistência. Frente a esta realidade,

torna-se relevante apontar como ferramenta de suprimento às necessidades de organização das demandas educativas geradas durante o processo, uma maior efetividade das ações, advindas da educação continuada- ED e da gerência de recursos humanos - GRH.

A ruptura do processo marcado pela descontinuidade das ações, embora não se desconsidere as demandas políticas e econômicas do macro espaço, se evidencia que os conflitos fragmentadores estão intimamente ligados a questões do micro espaço; este fato torna-se precursor de insucesso e prejuízo para os serviços, o que leva à desmotivação para os profissionais. Nesse sentido, acredita-se que o processo de qualificação corresponde à ferramenta para atender ao princípio da integralidade proposto pelo SUS, sendo este instrumento traduzido pela educação em saúde e continuada. Alguns estudos apontam para o reflexo dessas mudanças.

A realidade atual dos serviços de saúde, bem como a alta complexidade dos hospitais de ensino, não tem colaborado suficientemente para que se concretize o modelo que foi proposto pelo SUS, no tocante à reinstitucionalização das ações educativas. O trabalho continua centrado no diagnóstico, afastando cada vez mais a possibilidade de os profissionais participarem das ações políticas no que diz respeito ao planejamento das ações que integram o ambulatório.

A forma do trabalho em equipe, por mais democrática que seja ainda se distancia de um controle social e de uma participação cidadã. Admitindo-se que essa dificuldade reflete a precariedade da formação dos profissionais no campo ético e político, realidade não muito diferenciada das demais instituições de saúde integradas ao sistema.

Ricaldoni; Sena (2006, p. 2) relata:

Compreende-se que a educação é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho, como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado por valores políticos, culturais e éticos.

De acordo com Benevides; Passos (2005), manter uma política de consolidação democrática é difícil em virtude da regressiva estrutura de distribuição dos benefícios sociais, resultante da reforma do Estado e de sua descentralização, frente ao modelo político vigente, mesmo se reconhecendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, fica este direito limitado às questões econômicas e

políticas, se perdendo de vista a noção do direito e da cidadania do povo.

No caso do ambulatório especializado e frente à realidade atual a situação exacerba-se um pouco devido à regressiva força de trabalho, fato atribuído ao tempo de serviço e idade dos profissionais que ali trabalham. Quase a totalidade dos profissionais apresenta idade superior a 40 anos e tempo de serviço superior a 25 anos, sendo que a maior parte deste tempo foi trabalhada em unidades de internação.

O fato de relembrar tal contexto vem reforçar que a humanização nos serviços de saúde ultrapasse as limitações rígidas dos diversos cerne de saberes e se volte para uma cultura da real produção do cuidado, na qual se possam contemplar os espaços em que se realizam o trabalho, na perspectiva de práticas de saúde sob a ótica orgânica, psicológica e social.

Interrogada a equipe de enfermagem a razão sobre a trajetória do ambulatório percebeu-se que se vivenciam muitos conflitos diários, que se confronta com as diretrizes da PNH e, segundo o Ministério da Saúde (MS), são entendidas como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, bem como o entendimento de que para se produzir mudança de forma palpável na prática, torna-se essencial o diálogo das concepções vigentes, incluindo questionamentos abalizadores do trabalho da equipe (BRASIL, 2004b). Levando em conta estas inquietações, veio à tona a ideia da referida pesquisa.

A relevância do estudo se apresenta na medida em que para se promover o processo de trabalho em saúde, é necessário que se criem estratégias educacionais que estimulem a participação dos profissionais de enfermagem e permita a capacitação frente às transformações produzidas nos últimos anos, refletidas pela aceleração das mudanças, sobretudo na sociedade em que os padrões de formação são entendidos como fator do desenvolvimento e da produtividade marcada pela competição. Acrescente-se aí o aspecto político-pedagógico, pautado na reflexão habitual dos serviços e sobre o que precisa ser modificado, algo que torna o processo formativo diferenciado por sua continuidade e efetiva atualização.

Ante a contextualização, bem como a importância de políticas no que tange à qualificação e valorização dos profissionais de enfermagem, espera-se responder o questionamento que levou à elaboração deste estudo: o que leva a

equipe de profissionais de enfermagem atuante no ambulatório a não adotar uma linha única de trabalho com vista à melhoria dos serviços? Que fatores estariam interferindo nas relações interpessoais e de trabalho no ambulatório de especialidades?

Com vistas a responder a estes questionamentos, o presente estudo foi elaborado na perspectiva de alcançar os objetivos seguintes:

- Objetivo geral: verificar os fatores que interferem na execução do processo de trabalho e nas relações interpessoais dos profissionais de enfermagem com vistas à melhoria dos serviços no ambulatório de especialidades;
- Objetivos específicos: identificar os fatores individuais e organizacionais que interferem na dinâmica das relações no trabalho dos profissionais de enfermagem do ambulatório de especialidades;
- Conhecer os aspectos motivacionais que influenciariam as relações no trabalho dos profissionais de enfermagem do ambulatório de especialidades.

Para melhor compreensão da leitura, o referido texto assim se estrutura: o discurso até então sobre o processo de trabalho, a qualificação e valorização dos profissionais, a inserção do conflito, bem como a importância da política de educação e a definição dos objetivos constituem o capítulo 1 referente à introdução.

O capítulo 2 aborda a fundamentação teórica, descrevendo os pressupostos dos autores estudiosos nos assuntos, que dizem respeito ao processo de trabalho em saúde, aos conflitos no trabalho em saúde, educação x motivação e à política de educação e qualificação dos profissionais para a construção do processo e reorganização da produção dos serviços e das práticas de saúde.

O capítulo 3 descreve a metodologia de investigação, o local da pesquisa, os procedimentos realizados, bem como os aspectos éticos do estudo.

O capítulo 4 descreve os resultados do estudo e a discussão sobre os dados encontrados, relacionando-os à fundamentação teórica.

O capítulo 5 aborda as conclusões, esperando que ao final desta etapa o estudo acrescente contribuições positivas ao processo de trabalho dos profissionais, apontando sugestões de intervenções práticas e abertura para o seguimento de outros estudos no Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC/UFC.



Capítulo 2 Revisão da literatura



2.1 Processos de trabalho em saúde

O processo de trabalho teve seu início baseado no trabalho médico e na década de 80 passa ser utilizado para o estudo de processos de trabalhos específicos de outras áreas profissionais em saúde. Dentre destes, se destaca a área de enfermagem, que inicia a análise do processo de trabalho de enfermagem com a tese de doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida, de 1984, seguida de várias outras pesquisas com esta abordagem até a atualidade.

Inicia-se, assim, com a subjetividade que marca o processo de trabalho da equipe de saúde e com maior propriedade da enfermagem, que tem por marco a fragmentação tanto das ações quanto da equipe, cuja origem se deu na sua configuração (auxiliar, técnico, enfermeiro assistencial, enfermeiro gerente, coordenadores e tantos mais, dependendo da natureza social de cada instituição).

Traduz-se esta colocação frente ao espaço de trabalho num hospital de ensino ocupado pela multivariabilidade de cargos e funções. Este parcelamento de forças, para constituir o todo, atribui à profissão seu aspecto coletivo e subjetivo, pois se trabalha sempre em função do outro, quer seja o colega, a instituição ou o cliente e não em seu próprio favor.

A lógica deste fato evidencia que mesmo com todo o aparato inovador da atualidade, as relações entre os membros da equipe devem acontecer de maneira harmoniosa e apoiada no respeito e na ética, havendo a necessidade de se rever este cenário para que se reflita sobre o redesenho da transformação desta realidade, caso contrário torna-se difícil trabalhar o contexto.

Para Santos (2010), o processo de trabalho em saúde, embora considerado mecanicista, para que se torne concreto depende impreterivelmente da interação das pessoas envolvidas. Trata-se de algo não material, marcado pela subjetividade, tendo por objeto formador o próprio ser humano e como instrumento o cuidado.

Para que estas ações venham a se concretizar, sugerem-se intervenções técnicas construídas coletivamente, permeadas pelas relações interpessoais. Já o trabalho em equipe é outro elemento importante que perpassa os processos de trabalho, como forma de organizar os trabalhadores em saúde.

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, mesmo caracterizado como produção não material, que se completa no ato de sua realização; não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercialização. O produto é indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade (ROSSI; SILVA, 2005).

O que se observa no cotidiano é que apesar do trabalho da enfermagem, ao final de um processo se materializar através do resultado das ações, há de se concordar que para se alcançar algo concreto, vários segmentos são percorridos. É um trabalho parceirizado e somado, para que realmente se chegue a um resultado satisfatório. Existe uma interdependência entre os sujeitos neste construto, o que caracteriza sem dúvida uma ação coletiva. Partindo deste princípio, começam as dificuldades, pois geralmente não se tem esta consciência, para que se possa superar a problemática.

Observemos o relato de Scherer *et al* (2009, p. 725):

As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho.

De acordo com o discurso dos autores com relação à dinâmica do processo de trabalho coletivo em saúde, fica entendido que os próprios trabalhadores são sujeitos deste processo, que os aproximam e os afastam da crença de que é possível um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade e para tanto o trabalhador deve estar aberto ao processo de mudança.

Geralmente, dentro de uma instituição de saúde, apesar de todo um planejamento, não se costuma trabalhar em sintonia, pois não se conhece a dinâmica dos demais serviços com os quais se mantém contato para que se processem os encaminhamentos dos serviços. Tendo como resultado muitos desencontros e prejuízos na prestação da assistência, ficando até mesmo difícil se apontar responsáveis, pois cada um tem a sua justificativa para o não andamento da questão, isto é, uma realidade vivenciada no cotidiano dos serviços.

Esta particularidade de algo não concreto que tem o cuidado em saúde, remete exatamente a sua maior característica, que é a subjetividade frente à

dimensão objetiva do trabalho posta na organização como potencializadora da produção de saúde do trabalhador ou do seu desgaste; assim, demonstra-se o papel do trabalhador da saúde.

Segundo Azambuja *et al* (2010, p.659):

Este trabalhador utilizando-se de sua capacidade criativa e de sua subjetividade tem para mudar, de forma coletiva, a organização do trabalho na qual está inserido, no sentido de reduzir o desgaste e contribuir para a produção da saúde. A potencialidade transformadora do trabalhador inclui, igualmente, sua vinculação político-social, sua capacidade de refletir sobre a prática diária, de agir como sujeito no cotidiano de seu trabalho e, ainda, de estabelecer relações no e com o trabalho.

A questão da subjetividade é intrínseca à profissionalização da equipe de saúde, implicando na produção de reações que refletem nas relações dos profissionais, dando vazão à fragmentação, ao isolamento e à baixa produtividade. Quando somada à característica humana do cuidado, existe uma tendência à negação da existência destas reações, excluindo desta forma qualquer possibilidade de resolvê-las (AGOSTINI, 2005).

Essa condição afirma cada vez mais a subjetividade e para tanto importa que as instituições hospitalares, pelo fato de comporem cenários importantes de prática e formação, contribuem para a qualificação, investindo na educação para a formação permanente, entendendo que os sujeitos representam, uma grande parcela do existir das instituições.

As discussões sobre a prestação de serviço que envolve o processo de trabalho cogitam diariamente entre a equipe produtora, porque é disso que trata o trabalho em saúde. É uma prestação de um serviço com uma característica muito especial saúde, em que o objeto da equipe é outro sujeito (ou a modificação do estado ou condição de outro sujeito) que participa não apenas fornecendo informações, mas também executando ações, ou seja, é também um sujeito da ação.

Isso tem como consequência lógica e imediata a necessidade de um estabelecimento de uma comunicação eficaz de quem presta e de quem recebe o serviço. Estudiosos da área de saúde coletiva, dentre eles Merhy; Franco (2008); Azambuja *et al* (2010); Santos (2010); Ximenes (2010) e Senhora (2007) contextualizam o diálogo existente entre a teorização sobre o processo trabalho e as reais condições do trabalho em saúde.

Assistir ao ser humano em suas necessidades básicas significa o caráter universal do cuidado, porém, na prática, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual. É variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa. Nesse sentido, comentam as autoras:

Scraiber; Peduzzi (1999 *apud* RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004).

A expressão multidimensional das necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele – processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos - requer múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados com vistas à assistência integral. A mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição; ações isoladas, ações justapostas, sem articulação não permite o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção da saúde.

A complexidade de se lidar com vidas humanas envolve a responsabilidade do enfermeiro, no sentido de compreender com maior clareza que dentre as ferramentas do processo encontra-se o cuidado que demanda da ação de cuidar e ser cuidado, cujo ato torna-se o objeto de trabalho da equipe. Para a concretização deste cuidado, se lança mão de recursos materiais e humanos.

Percebe-se então que o saber técnico é apenas um dos aspectos à realização das práticas e sua complementação emana do saber humano e ético, repassado pelos sentimentos, valores e atitudes que dependem do momento individual de cada um. A seguir, Ximenes (2010) aborda a singularidade do trabalho em saúde.

O processo de trabalho em enfermagem é essencialmente marcado pela subjetividade. Lidar com vidas humanas é lidar com imprevistos e, para enfrentá-los, é preciso improvisação, criatividade e iniciativa. Assim, os trabalhadores constroem outras formas de trabalhar, maneiras diferentes de se fazer algo, no embate constante com a complexidade das ações de saúde. Compreendemos que o trabalho é o processo pelo qual o homem regula e controla seu metabolismo em relação com a natureza, modificando-a, bem como a si mesmo, produzindo realidades (XIMENES, 2010, p. 16).

Tendo em vista os relatos, ressalta-se que a produção de cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida diária e que se qualificam como fatores de sociabilidade, carreando a imagem de

que a vida cotidiana é como um território em que se enraízam as alegrias e as amarguras, território povoado por micro atitudes, pelas criações minúsculas, banais. Este entrelaçamento de relações que se dá dentro das instituições constitui o conceito de subjetividade e nos revela a experiência de sermos sujeitos, no duplo sentido da palavra (aquele que é submetido e aquele que realiza a ação), em cada tempo e em cada contexto, podendo ser compreendido, em sua essência, como a produção de sentido nos vários planos em que o sentido se faz presente (MACHADO *et al*, 2009).

O relacionamento mais ou menos harmonioso no trabalho em saúde exige da gerência competências para resolver as diferenças, utilizando ferramentas úteis visando o fortalecimento de fatores facilitadores que levem à construção coletiva, trabalho este relevante na equipe de enfermagem. Trabalhar neste universo com inúmeras adversidades, de gênero, de classes sociais, de sexo, enfim, em meio a tantas variáveis, no repasse de um bem maior que se denomina saúde, torna-se um desafio.

O enfermeiro que conduz a equipe produtora do cuidado, mesmo na atualidade, não conquistou totalmente seu espaço; isto se dá pelo fato de que o processo de trabalho da enfermagem que se apresenta no interior das instituições é dividido tecnicamente e em tarefas, caracterizando a divisão social do trabalho e dificultando, nesse sentido, o trabalho do enfermeiro em sua plenitude. Fica este profissional cada vez mais distante de seu objeto de trabalho, que é o cuidado humano, reforçando com esta divisão do trabalho as relações de subordinação e dominação.

Como profissional e gerenciadora da equipe de saúde, a autora relata a seguinte observação: na maioria das vezes, se reproduzem os tradicionais modelos pedagógicos durante o processo de trabalho no cotidiano, sem que se analisem as condições anteriores e atuais, para aplicação de ferramentas que melhor venham a se adequar ao contexto. E para que se atinja o desenvolvimento profissional e se eleve a estima pessoal, é imperativa a participação de todos os envolvidos no processo educativo, com os aditivos segmentos econômicos, político e social.

Nessa perspectiva, se demarcará o diferencial na gestão dos enfermeiros, sobre o processo de trabalho; logo, o verdadeiro gerenciamento do cuidado se verificará na expressão de posicionamentos perante o modelo em que se realiza o

trabalho, levando em consideração a maneira como os profissionais se envolvem com as atividades cotidianas, quais saberes aplicam e a quem estes saberes respondem.

Segundo Merhy; Franco (2008), o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinha do mundo das necessidades da saúde, o objeto real do trabalho em saúde. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do 'trabalho em saúde': cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo.

Contudo, não se pode esquecer que o campo da saúde do trabalhador teve sua estruturação durante o movimento acadêmico e social da reforma sanitária brasileira, com a postura de ruptura às abordagens e práticas distanciadas do trabalhador e do processo de trabalho. Relembrando que a humanização voltada para a saúde dos trabalhadores dentro do processo também perpassa pela motivação, satisfação, saúde e segurança destes sujeitos.

De acordo com Santos (2010), a saúde do trabalhador consiste em compreender as relações da lógica causal entre o trabalho e a saúde frente ao potencial de adoecimento, rompendo com a concepção higienista que entende o vínculo causal e a doença como sendo relacionados a um agente específico e ao grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho, com determinação social reduzida ao processo produtivo.

A clareza que se tem sobre o processo de trabalho e sua transformação, principalmente no âmbito da saúde, devido a sua característica marcante, que é a subjetividade, se constituem numa parte central para o entendimento e até apoio deste processo. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado for, mais difícil será refletir sobre ele.

No que se refere às doenças relacionadas ao trabalho, diz-se que a eliminação ou a redução das condições de risco e a melhoria dos ambientes de

trabalho para a promoção e proteção da saúde do trabalhador constituem um desafio que ultrapassa o âmbito de atuação dos serviços de saúde, exigindo soluções técnicas e elevado custo.

No entanto, cabe ao Ministério da Previdência Social definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador, fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade e à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da previdência social. Em certos casos, medidas simples e pouco onerosas podem ser implementadas, com impactos positivos e protetores para a saúde do trabalhador e do meio ambiente (BRASIL, 2005).

Frente a esta colocação do Ministério da Saúde (MS) e considerando que um dos objetivos da educação permanente em saúde se firma em criar espaços para que os profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho, tenham a possibilidade de avaliar suas condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e possibilidades, sua adoção implicará na influência crítica para a superação de dificuldades individuais e coletivas (DE CASTRO; ROMIJN; DA SILVA, 2007).

Discussões neste campo da saúde apontam o quanto é complexo o cenário do trabalho na intimidade das instituições, qualquer que seja sua natureza e para a melhoria das condições desse trabalho emergem forças políticas sensatas e conhecedoras da causa. Para tanto, Ricaldoni; Sena (2006) recomenda uma pedagogia problematizadora das situações cotidianas, possibilitando uma reflexão crítica que gere mudanças no cuidado ao paciente e nas relações de trabalho dentro das instituições.

No âmbito hospitalar, os gestores e gerentes necessitam de ferramentas de apoio para conduzirem de forma tranquila o serviço. De acordo com Peres; Ciampone (2006), o envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

Observa-se na ideia das autoras a importância dada à educação permanente como ferramenta viável de competência a ser adquirida pelos

profissionais de saúde, sob o enfoque de atualização contínua, que busque inovar e suprir as necessidades de atualização do trabalho. E, para a concretização deste ato no seio das instituições, implica na reflexão sobre o processo de trabalho, bem como o comprometimento da instituição de saúde junto aos profissionais, facilitando ou participando do planejamento e desenvolvimento.

Ao se verificar tais contextos, torna-se claro que realmente o trabalho produzido no campo da saúde reúne as marcas da subjetividade para algo invisível, mas que se expressa, nas atitudes do profissional, na execução da prática, no ato de fazer, na consciência emocional, afetiva, social e educativa do que seria um cuidado digno. E, através da ferramenta de educação, se atingirá a essência para um cuidado ampliado.

Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade Brasília – DF2010-© 2010 - Ministérios da Saúde (BRASIL, 2010).

Sem desconsiderar toda a questão da subjetividade que transcende o trabalhador da saúde e seu comportamento na instituição, chama-se a atenção para a observação, que está além da subjetividade, mas que tem forte relação com as questões relatadas: o atual momento histórico aponta, sem dúvida, para a importância da reflexão acerca do trabalho e sua relação com a saúde dos indivíduos, uma vez que se vivencia um período de transformações organizacionais e tecnológicas que modificam os processos e as relações de trabalho.

Elas ocorrem no período da adoção de políticas decunho neoliberal, que acabam por mercantilizar serviços essenciais aos indivíduos, à saúde e à educação, o que contribui para o enfraquecimento das instituições públicas encarregadas da vigilância dos ambientes de trabalho, resultando na precarização das relações de trabalho (NAVARRO, 2006).

A percepção da dimensão humana, a abordagem sobre as necessidades do trabalhador pelo suscitar do caráter integral do cuidado e os conhecimentos

condicionantes do adoecimento para a elaboração de práticas pela concepção da medicina social dá o sentido de valorização da atenção aos trabalhadores.

A expropriação humana do trabalhador pela lógica da reprodução da força de trabalho foi reconhecida como um problema de saúde pública. Para tanto, médicos do trabalho, engenheiros de segurança, sociólogos, economistas e advogados são contratados para o desenvolvimento de conhecimento sobre o trabalho e a saúde, como também as associações e sindicatos no contexto nacional (SANTOS 2010).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- PNEPS constitui-se, portanto, uma ferramenta importante para o trabalho da equipe multidisciplinar, com projeções relevantes para a efetivação da interdisciplinaridade, a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários.

Desse modo, a Educação Permanente em Saúde - EPS torna-se uma estratégia de mudança de perfis profissionais, uma vez que permite a criação de espaços de coletividade, nos quais cada indivíduo é visto em seu processo de trabalho como protagonista deste meio, tornando-se instrumento e ator social do cenário no qual está inserido (BRASIL, 2007).

Qualquer que seja a oportunidade oferecida, as relações de trabalho precisam ser revistas, refletidas e transformadas para o alcance de objetivos comuns, quer seja na clínica ampliada, quer seja nos espaços hospitalares, adotar uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas de forma aprimorar e multiplicar as ações humanizadas.

2.2 Relações do cotidiano x conflito

Durante a trajetória profissional da pesquisadora, foi percebido que as situações conflituosas precisam realmente existir, pois representam o ponto do limite para a reflexão da prática e do crescimento; não se tem como trabalhar em uma relação marcada pela subjetividade, como produzir o cuidado em saúde, que envolve pessoas singulares e muitas vezes em situações de estresse, sem descartar quaisquer conflitos. No entanto, estas não podem se tornar situações caóticas

irreversíveis, pois necessitam de mecanismos de subsídio para o enfrentamento das situações.

Para Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 282)

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. A submissão, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: a frequência com a dor e o contato com os pacientes difíceis por conta de sua integridade orgânica abalada podem prejudicá-lo, tanto no âmbito profissional quanto no pessoal, influenciando no seu comportamento social ou relacional em todos os papéis que este desenvolve. Assim, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência.

Esta apreciação com relação à humanização de quem cuida feita pelo autor reforça o acompanhamento que se devem ter aos profissionais de saúde. No entanto, com todo o esforço que se aplique para agregar a equipe de trabalho, percebem-se as diferenças individuais, o que torna constante nesta dinâmica de relações a presença do conflito e, dependendo da intensidade e da forma como este é administrado, poderá ter caráter negativo ou positivo sobre o momento relacional (MOSCOVICI *et al*,2010).

Em maior ou menor grau, os conflitos circulam no cotidiano dos profissionais de um modo geral e com especialidade o da saúde; podem-se claramente verificar as situações conflitantes diárias do cotidiano. Várias são as causas que cercam a realidade ambulatorial, dentre elas a escassez de recursos materiais e humanos, recursos financeiros, aspectos individuais de formação e qualificação dos profissionais, aspectos ambientais, despreparo frente às inovações tecnológicas, alta demanda de usuários pela gama de especialidades que o ambulatório oferece e ainda outros dois fortes aspectos, a questão cultural e a própria característica da dinâmica do serviço: hospital de ensino. Todos estes fatores convergem para uma diversidade de relações, de aceitação ou repulsa, de afinidades ou não, de poder ou de submissão, resultando em situações de conflito.

A questão do conflito entre os profissionais leva à situação desgastante na saúde, a qual repercute em todos os sujeitos do processo. A compreensão da subjetividade, embora presente em todas as ações de saúde chega a ser despercebida; o relacionamento no trabalho é um processo complexo, pois cada pessoa traz consigo ligações por laços profissionais, afetivos, de amizade e afinidade, sendo condicionadas por uma série de atitudes recíprocas.

Para gerir as relações interpessoais com competência e resultados na busca de minimizar os conflitos de forma a favorecer a convivência harmoniosa com maior habilidade, com os pares nos locais de trabalho, são exigidas do profissional gerente cooperação, percepção criativa e visão positiva do conflito

Embasando este relato, afirma Spagnol:

Os conflitos organizacionais têm caráter positivo quando são utilizados como fatores desencadeantes de mudanças pessoais, grupais e organizacionais, que impulsionam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade. Entretanto, esses podem tornar-se prejudiciais à organização, se não forem conduzidos corretamente, interferindo de forma negativa na motivação dos trabalhadores (SPAGNOL *et al*, 2010, p.804).

Na intimidade do trabalho da equipe, podem-se observar as posições e contraposições dos profissionais frente às rotinas diárias; as situações conflituosas surgem normalmente quando as pessoas divergem ideias e opiniões a partir das suas discordâncias, resultando no conflito e, muitas vezes, algo necessário ao grupo.

Com relação a este ponto divergente da equipe de saúde, tem-se o respaldo: torna-se imperioso perceber o conflito para além do tratamento usualmente adotado, o qual o considera elemento de discórdia ou como um opositor do modelo gerencial instituído. Identificar as fragilidades que possam emergir na presença deste, certamente habilitará o enfermeiro a empreender o cuidado distinto ao gerenciamento do processo de trabalho (GUERRA, 2008).

Nesse sentido, se reconhece não somente o efeito negativo do conflito e sim seu aspecto construtivo; para tanto, resta aos gestores um maior investimento na qualificação e capacitação de todos aqueles que conduzem a equipe produtora do cuidado em saúde. Interessante também a qualificação dos demais profissionais para que se favoreça o entendimento deste repasse, uma vez que as instituições hospitalares comumente esperam que o enfermeiro seja um mediador de conflitos, não só entre a própria equipe, mas de todo o contexto multidisciplinar.

Para responder às suas diferentes funções, um hospital estrutura-se, por um lado, através de políticas direcionadas, com sentido de cima para baixo, de formação de setores encarregados de atividades bem caracterizadas e, por outro lado, pelo desenvolvimento relacional de uma cultura própria. Esta configuração tem como resultado uma estrutura marcada pela complexidade e conflitos, que têm por

objetivo o trabalho de seu corpo organizacional na prestação dos serviços de saúde, mas é marcada por uma cultura relacionada à competição de poderes (SENHORA, 2007).

Realmente, as relações de poder constituem aspectos marcantes nas instituições de saúde e conseqüentemente outro fator gerador de conflito. O espaço em estudo traz em sua realidade ambulatorial situações conflitantes bem demarcadas, considerando a alta complexidade que representa o hospital universitário, uma instituição de caráter elitizado (devido à abrangência da comunidade científica), somada às várias contratualizações de trabalho categorizadas entre o vínculo público, privado e terceirizados, docentes, assistenciais e outros, cujas características contribuem para as situações conflitantes.

Senhora (2007, p. 46) com relação a esta dinâmica reforça:

Nessas organizações, o trabalho é complexo, compreendendo grupos profissionais de diferentes capacitações e formação, mas que estão organizados, predominantemente, em torno de uma base hierárquica composta de especialidades de origem médica, técnica e administrativa. A característica multiprofissional somada ao desempenho das diferentes funções constitui uma estrutura exacerbada de conflitos, que tem por objetivo o trabalho integrado, todavia sinalizada pela disputa do espaço.

Baseando-se no relato e no que diz respeito os conflitos, torna-se evidente que as organizações de saúde, devido à sua característica única de produção do cuidado, têm o conflito como fator intrínseco à existência dos diferentes grupos que compõem a equipe multiprofissional, bem como a interdependência dos fazeres e dos saberes compartilhados.

Para tanto, uma análise crítica da realidade dos hospitais se faz recorrente, levando à percepção de que existem especificidades incontornáveis e que requerem um olhar mais acurado do contexto. Quanto ao trabalho da equipe de enfermagem frente às atuais mudanças, em que o hospital deixou de ser um lugar para onde as pessoas eram levadas para esperar a morte e se transformou em um espaço de cura, orientado pela inovação tecnológica.

Discursa Melo (1986 *apud* ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518).

A ideologia que perpassa a profissão desde sua origem significa abnegação, obediência e dedicação. O conflito para estes trabalhadores fica evidente, dado que a motivação caracterizada por sentimentos idealizados

da profissão conflita com a realidade determinada pelo atual mercado de trabalho.

Nas últimas décadas, se tem observado uma grande expansão dos mercados em geral, uma multiplicidade de profissões com tendência às especializações e mão de obra altamente qualificada. No campo da saúde este mercado expandiu-se significativamente, tornando-se um ramo de expressiva absorção de mão de obra. Entretanto, a expansão de vagas no setor não se fez acompanhar da significativa melhoria nas condições de trabalho, demonstrando predominantemente a precarização. Mesmo no sistema capitalista, infelizmente se perpetua o modo caritativo que marca a profissão (COSTA *et al*, 2007).

Contornando este aspecto, as ferramentas tecnológicas encontram-se disponíveis para favorecer a educação em serviço, dispondo de ambientes virtuais de aprendizagem que podem propiciar aos profissionais atualizações e valorização na medida em que se dá a expansão. Necessita-se neste ponto que a organização esteja atenta e busque investir ao máximo no aproveitamento das ferramentas a favor da qualificação dos profissionais.

Frente às contradições que permeiam os espaços organizacionais entre o que se vislumbra como ideal de integração para a prestação dos serviços e a real fragmentação hierarquizada do poder, reconhece Santo (2007) que o hospital como um ambiente diversificado por várias profissões vem a culminar com a questão de distintas formações culturais.

É imprescindível o entendimento dos muitos caminhos que conduzem os grupos humanos e suas relações marcadas por contratos e conflitos entre os modos diferentes de organizar a vida social, no sentido de se apropriar de recursos para a sua transformação. Com relação à questão cultural que abaliza os comportamentos individuais e coletivos no interior das organizações de saúde tem-se a seguinte abordagem:

A cultura está relacionada ao modo de produção social do trabalho, é um componente envolvente, onipresente e invisível na organização e pode ser também visível ou concreta no modo como as pessoas se vestem, se comunicam se organizam como criam instrumentos de manipulação de artefatos humanos no trabalho. É invisível quando se expressa em processos subliminares, como a comunicação não verbal, a interação, o conflito, a competição, a assimilação ou os processos subjetivo (CAMPOS & COSTA, 2007, p.279).

A pesquisadora concorda com a autora quanto ela se refere aos traços marcantes de uma cultura tradicional, enraizada e explicitada nos modos de expressão dos profissionais, durante a realização da produção, do cuidado nos respectivos espaços nos quais se realizam as ações de saúde. E diz que mesmo considerando a subjetividade, estas expressões são aparentes e as formas pelas quais se manifestam são as mais variadas. Contudo, cabe à gerente que conduz a equipe estar munida de mecanismos de equilíbrio e senso crítico para o entendimento dos significados.

Produzir o cuidado em saúde sem ponderar as formas de organização adotadas pelos profissionais para lidar com as demandas do cotidiano no trabalho é humanamente impossível. Estes modelos traduzem estratégias de enfrentamento às experiências de dor e sofrimento nos serviços, na busca de problematizar a inseparabilidade entre saúde, trabalho e gestão, acirrando a intervenção nas condições de trabalho. Deseja-se que o encontro com o diálogo crítico, entre os diferentes saberes e práticas, auxilie e oriente o trabalho em equipes multiprofissionais, atentas à análise da relação dinâmica entre o fazer e o pensar sobre o cotidiano do trabalho (MORI & OLIVEIRA, 2009, p. 636).

No sentido de se compreender a complexidade do processo que orienta o trabalho da equipe, bem como a implementação das rotinas diárias, é necessária uma avaliação do contexto sob as múltiplas perspectivas. Esta abrangência possibilita ao gerente uma maior capacidade de criar e construir alternativa na viabilização dos processos conflitantes. “Modificar elementos culturais que permeiam a realidade de um indivíduo não é uma tarefa fácil. Muitas crenças, mitos e tabus ainda estão presentes e influenciam significativamente os comportamentos de saúde” (SOUZA *et al*, 2008, p. 110).

Muitas vezes na prática hospitalar, conclama-se pela efetividade e atuação da educação em saúde e continuada para a melhoria das práticas; não se percebe que as mudanças culturais e as novas capacitações de comunicação e aprendizagem não são, necessariamente, pontos de consenso ou aceitação, pois representam uma ameaça aos valores internalizados pelo profissional, optando desta forma pelos próprios padrões culturais estabelecidos no trabalho (MAGALHÃES; GOMES; MAGALHÃES, 2006).

A realidade percebida no cotidiano do trabalho ambulatorial não difere do discurso do autor; na prática, o processo avassalador da mudança realmente incomoda e ameaça os valores e quebra paradigmas e padrões simbólicos. Para se protegerem desta ameaça, em muitos casos, os profissionais adotam posições de resistência em razão do medo do desconhecido, preferindo os próprios padrões de conduta ou optando por decisões extremas, como demissões e aposentadorias. Frente a esta realidade, a mudança com certeza será concretizada, no entanto, haverá demora, resultando em perdas para o profissional, para o usuário e para a própria organização, que não conseguirá o alcance de seus objetivos em tempo hábil.

Neste contexto, não se pode perder de vista o acompanhamento do processo, se acrescentando ao fato de que as mudanças organizacionais nas instituições públicas se diferem de realidades outras, em que o fator preponderante no contexto público é representado pelos interesses governamentais que incidem na redução de gastos.

O setor de ambulatório representa, neste vasto contexto, também um espaço formador da construção social, enquanto resultado de um processo histórico e filosófico de gestação coletiva de valores, cultura, saberes e capacidades, sinalizando em sua totalidade para a necessidade de um acompanhamento paralelo, incluindo o desenvolvimento dos processos educativos.

Mediante todos estes obstáculos em que a instituição hospitalar, por si só, já apresenta aspectos específicos, como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limites do viver e do morrer, o elevado nível de tensão, bem como seu funcionamento em regime de plantões, duplas jornadas e outros favorecem a situações críticas. E, para que esta cumpra com eficiência os propósitos de sua missão, deve realizar seu planejamento de forma organizada e permanente, levando em conta o conhecimento e expectativas dos seus funcionários (SENHORA, 2007).

Tais práticas potencializam a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica; os profissionais de enfermagem são expostos aos ambientes de trabalho intensamente insalubres, tanto no sentido material quanto subjetivo e, por estarem submetidos a condições de trabalho precarizadas e à baixa qualidade de vida, são expostos a situações nas quais a

manutenção da saúde está prejudicada, culminando em alto risco para si e para os outros há um grande contingente de trabalhadores em situação precarizada, acarretando efeitos negativos (FARIA; ARAÚJO, 2011).

Em meio a tantas responsabilidades assumidas pelos enfermeiros na condução da equipe e na habilidade de mediar os conflitos, resta a eles lançarem mão do processo de educação como elemento agregador, na manutenção do equilíbrio. Com relação a essa estratégia, apreciemos o comentário a seguir:

A dimensão educativa foi sempre enfatizada no trabalho de enfermagem - a nosso ver mais que em outras profissões. Mesmo se reconhecendo o enfermeiro como educador, a ação educativa tende a ser vista mais como uma ação técnica componente ou adicional ao conjunto de práticas profissionais, em lugar de uma dimensão inerente à prática profissional. Com frequência, esta dimensão é referida como mais uma responsabilidade ou tarefa do enfermeiro a ser incorporada ao processo de trabalho, e tende a reproduzir a racionalidade biomédica hegemônica (DAVID; ALCIOLI, 2010, p.129).

Diante das situações conflituosas, na qual ficam submetidas os modos de se produzir a saúde no seio das organizações e as dificuldades de se desenvolver o processo de trabalho, por conta das elevadas tensões, Mori e Oliveira (2009) apontam a Política Nacional de Humanização- PNH como avanço interno na cogestão, mesmo porque seu objetivo maior é apoiar a disseminação e implantação de um novo modo de gerir a rede SUS.

Baseada na PNH tenta-se nos espaços de trabalho envolver ao máximo os profissionais com os usuários, no sentido do reconhecimento de estes serem vistos como cidadãos. Procura-se mobilizar os ânimos para a minimização dos conflitos e abrem-se espaços para uma maior participação dos profissionais, algo compartilhado, democrático, uma forma de se reproduzir o cuidado solidário.

2.3 Políticas de educação para a saúde

A educação em sua dimensão maior tem por finalidade na vida do homem agregar todos os valores de cidadão necessários a convivência na sociedade, do ponto de vista físico, moral e cultural, de forma a adaptá-lo à diversidade da sua trajetória em vida. Acrescenta-se ainda que a missão de educar perpassa a todas as

peças e instituições que se determinam à função de educar, com o intuito de desenvolver o educando como ser.

A educação em enfermagem consiste em garantir o conhecimento efetivo para que se procedam as práticas da assistência em todos os níveis, formando as competências voltadas para exercício profissional, com visão política atuante sobre a valorização dos princípios humanitários e de cidadania. As formas adaptativas de improvisação as quais tornam os profissionais aptos a atuar no sentido do fazer, implicam na união de saberes.

Ainda sobre os aspectos da educação, Morin (2002 apud PASCHOAL et al 2007, p.479),

Concebe a educação como um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, posto que cada sociedade precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social.

No campo das políticas públicas de saúde, a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. Voltada para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e a produção de sujeitos, de tal modo que o melhor atendimento ao usuário aconteça em sintonia com as melhores condições de trabalho e participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Este voltar-se ético político parte do princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, que propõe mudanças e alterações dos modos de cuidar e gerir os serviços, por considerar o humano em sua capacidade criadora singular e inseparável (ARCHANJO *et al*, 2013).

Com relação à instituição hospital de ensino, é aqui citada como polo formador. Para que se visualize a efetividade de um sistema único e integrado em cadeia do cuidado progressivo com a saúde. De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, a educação permanente em saúde incorpora o cotidiano da gestão setorial e a condução dos hospitais de ensino e dos serviços de saúde e coloca o SUS como interlocutor nato em todas as escolas na formulação e implementação,

incorporado ao cotidiano dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Amestoy *et al* (2010) afirma ser a formação entendida como um processo contínuo, que segue o transcorrer da vida e não se reduz a um curto espaço de tempo, ou seja, à duração de um curso e é vinculada tanto ao desenvolvimento profissional como ao crescimento pessoal. Já a capacitação refere-se à habilidade que as pessoas devem possuir para serem formadas e reformadas de maneira mais adequada, de acordo com as exigências tecnológicas, organizacionais e de mercado.

A perspectiva de formas humanizadas e de uma política social e de saúde voltadas para o resgate da cidadania, motivação e satisfação para o trabalho permeia o cotidiano dos profissionais de saúde. E, sem dúvida, a efetivação da educação em serviço e continuada deve fazer parte integrante deste currículo.

Sob esta ótica, torna-se indispensável o processo de capacitação dos trabalhadores de saúde, já que o trabalho de enfermagem é entendido como central para a melhoria do desempenho e da atenção prestada pelos serviços de saúde. A educação é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com o objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora (TAVARES, 2006).

De acordo com o discurso de Mancia; Cabral; Koerich *et al* . (2004, p.605),

A demanda e pressões por respostas rápidas têm induzido à reprodução de modelos consolidados de educação no trabalho em que deixamos de explicitar o conceito que se está empregando na implantação de Programas ou Sistemas de Educação Permanente e Continuada, utilizando-os como se fossem sinônimos.

- A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização) possui duração definida e utiliza metodologia tradicional.
- A educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo e o processo de trabalho crítico como inclusão ao trabalho.

Quadro 1- Aspectos chaves da educação continuada e permanente em saúde

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Autônomo	Prática Institucionalizada
Enfoque	Temas de Especialidades	Problemas de saúde
Objetivos principais	Atualização técnica científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transformação	Pedagogia centrada na resolução de problema
Resultado	Apropriação	Mudança

Fonte: MANCIA *et al* (2004, p.606).

No mesmo estudo, as autoras esclarecem:

- a educação continuada ainda atende ao modelo tradicional, de forma que o trabalho é entendido como aplicação do conhecimento teórico especializado e é possível encontrarmos elementos para avaliar que o grande investimento na capacitação de recursos humanos não tem se traduzido em mudanças na prestação dos serviços de saúde. Resumindo, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços;
- a educação permanente em saúde, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas são geradas no processo de trabalho, apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho.

Com relação aos comentários das autoras no que se refere à educação continuada, o discurso destas, é de que nem sempre o fato de o profissional se capacitar significa mudar de atitude ou uma mudança sobre a realidade laboral é

verificável, pois o que se tem observado, na realidade ora vivenciada, é uma grande demanda pela capacitação, atribuída aos níveis de cargo e carreira.

Tanto é que, atualmente, a maioria dos servidores é graduada, ficando neste caso o valor do conhecimento em detrimento das condições concretas do real processo de trabalho. No ambiente hospitalar, a fragilidade do paciente causada pela doença, pelo afastamento do ambiente familiar, requer uma atenção ainda maior da equipe a este usuário. O funcionamento das equipes de referência possibilita essa atenção, com uma responsabilidade direta dos profissionais na atenção e construção conjunta de um projeto terapêutico singular. A importância do acompanhamento paralelo se faz necessária neste ponto, onde se possa contar com o retorno do profissional qualificado.

O ambulatório é a primeira porta de acesso do usuário ao hospital (o cartão de visita), um segmento em menor dimensão de um contexto tão amplo e complexo. Todas as forças no campo educacional deveriam estar voltadas para este ponto de acessibilidade.

Quanto ao enfermeiro, por estar inserido no processo de educação em saúde, cabe a responsabilidade de estar em constante busca de mecanismos que possam nortear suas ações com objetivos definidos para melhoria do atendimento da clientela, que assiste e cuida. Sendo assim, compreende-se a importância em distinguir que sua atuação deve estar fundamentada nos princípios da educação, como proposta inovadora para transformações no cenário da saúde.

Em face desta explanação e dos propósitos do SUS com relação à Política Nacional de Humanização, que envolve o sujeito, os serviços e as instituições de saúde e pela relevância de propagar a capacidade pedagógica por toda a rede, se justifica o investimento na capacitação e qualificação dos profissionais de enfermagem, ou mesmo de saúde.

Deve-se lembrar que a Lei Orgânica da Saúde determinava que deveriam ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços e as instituições de ensino profissional e superior, indicando que cada uma dessas comissões tivesse por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre

essas instituições, conforme a lei federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14 e que este texto não tinha tradução em ação (CECCIM, 2004).

Transportando a ideia para o real, digo para o trabalho em questão, em que se produzem as ações de saúde e o espaço, é uma instituição de ensino produtora dos atos de saúde; valioso seria dar seguimento a estas comissões permanentes, numa dimensão menor, no real cotidiano, ou seja, nos espaços de reprodução dos serviços.

De acordo com Paschoal (2004), a profissão de enfermagem também é considerada como uma prática social que compreende todas as ações de enfermagem. Nela estão inseridas as ações educativas e, dessa forma, surge a necessidade de promover efetivas formas de ensino, fundamentada na conscientização do valor da educação como instrumento de crescimento dos profissionais de enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento do processo de trabalho.

A profissão enfermagem é regulamentada pelo decreto lei 94.406, que dispõe sobre o exercício da profissão e especifica que ao profissional enfermeiro cabe a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, além do dever ético de atualização contínua.

2.4 Motivação dos profissionais de saúde

Manter um clima entusiástico sobre os profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar e motivá-los com seus pares no ambiente de trabalho exige grandes esforços e estratégias agregadoras para que se obtenha tão grande resultado, pois o próprio ambiente mórbido que representam as instituições hospitalares não é tão favorável à causa. Em meio ao cotidiano destes profissionais, o assunto é visto com pouco impacto e desta forma a causa segue, mesmo sem a atenção devida.

Várias são as teorias sobre a motivação humana, como revela o pensamento de alguns autores, cuja motivação é um contínuo processo de satisfação das necessidades individuais. Se não houvesse necessidades individuais, muito provavelmente não se estaria falando sobre motivação humana (CHIAVENATO, 2004).

Observa-se que a motivação pode ser algo inerente à própria pessoa, qualquer que seja o ambiente de seu exercício laboral, mas também inerente aos atributos do meio em que exerce o trabalho.

De acordo com Silva; Peixoto; Batista (2011, p.196), “através da motivação pessoal, da educação formal e do treinamento um indivíduo pode utilizar todo o seu potencial de forma eficiente, tornando-se um profissional de destaque e realizando seus sonhos e ideais pessoais”.

No entendimento de Zanelli e Silva (2008), tanto a motivação como todas as outras variáveis identificadas na interação do homem com o seu trabalho, no contexto das organizações, se configuram como objetos de estudo da disciplina psicologia social. É verificável que frente ao discurso dos autores, a motivação se constitua em um objeto de estudo, que também envolve práticas educativas e causas psicológicas.

A motivação humana para o trabalho permanece ainda como um dos grandes desafios dentro da realidade das organizações. Apesar das inúmeras teorias e de estudos complexos, na prática este aspecto motivacional permanece sendo visto com simplicidade, porém, com maior atenção se identifica que as pessoas estão desmotivadas em seu trabalho. Fala-se até que as motivações estão em crise e isto têm levado teóricos, pesquisadores e gestores à busca de receitas, fórmulas e técnicas que, muitas vezes, acabam transformando-se em modismos (BRUNELLI, 2008).

O papel da motivação para as pessoas nas organizações é de fato relevante, considerando que esta se configura como transformadora de qualquer ambiente, tendo como resultado um maior envolvimento e comprometimento dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades, contribuindo para a eficácia das relações e crescimento dos trabalhadores no setor saúde.

Infelizmente, se tem de admitir que a realidade atual dos serviços de saúde, dentre os inúmeros recursos de escassez e embora a motivação seja inerente ao ser humano, deixou de ser manifestada pelos profissionais no cenário atual da saúde, dando lugar à indiferença manifestada pelos produtores do cuidado.

No seu sentido comum, a motivação é vista como o grau de vontade e dedicação de uma pessoa na tentativa de desempenhar bem uma tarefa, o que leva ao entendimento de que as condições de trabalho e a qualidade dos serviços serão

mais bem definidas a partir da percepção das pessoas envolvidas no processo do cuidado.

A motivação é considerada como um fator crítico de sucesso para uma organização. Partindo deste princípio, se concebe que a motivação funciona como a mola propulsora dos processos, tornando-se imprescindível para o alcance dos objetivos de uma organização. Motivar os seres humanos e a qualidade de vida no trabalho representa grandes desafios enfrentados por uma administração moderna, quando se trata de metas para a obtenção da satisfação. A partir do momento em que a preocupação com o bem-estar das pessoas ganha espaço nas organizações, é possível conseguir melhores resultados na busca de um ambiente de trabalho adequado para o desenvolvimento das atividades profissionais (SILVA; PEIXOTO; BATISTA, 2011).

Sob o ponto de vista psicológico, o trabalho representa uma afirmação da auto-estima de um indivíduo perante a sociedade, o processo produtivo é assinalado em aspectos fisiológicos, morais, sociais e econômicos. O trabalho ocupa um importante espaço na vida humana. Comenta-se que o trabalho dignifica o homem, logo se o trabalho constitui todos estes significados na vida das pessoas, se pressupõe que o trabalho tem sentido dinamizador da motivação humana.

O trabalho ocupa um lugar central na vida de quem o realiza, pois é por meio dele que o ser humano organiza sua vida, seus horários e suas atividades e até mesmo seus relacionamentos são influenciados pelo trabalho. Representa uma das principais categorias por meio da qual o homem interage no seu meio social e no seu tempo, seja pelo fato de ser um meio de sobrevivência ou pelo tempo da vida a ele dedicado, constituindo um meio de realização profissional e pessoal (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

Observando-se as práticas diárias da realidade em questão, se depara com alguns profissionais com manifestações de precária auto-estima, frustrações que prejudicam o desempenho de seu trabalho e estes muitas vezes não sabem nem explicar a origem deste comportamento; quando indagados pela gerência, não sabem distinguir se o problema é individual ou institucional.

Mesmo diante destes comportamentos, estes profissionais referem gostar muito de seu trabalho e do que realizam, no entanto as respostas dúbias não correspondem ao que expressam. Frente a estes episódios, resta ao profissional

enfermeiro que conduz a equipe estar munido de suporte para responder às demandas do cotidiano.

No que diz respeito a esta problemática, comenta Batista *et al* (2005, p. 90):

Tratando-se da motivação dos enfermeiros, é notável que há uma ascensão na hierarquia das necessidades, notando-se que a necessidade de auto-estima tem um índice de referências reduzido em relação aos demais, levando a inferir que as organizações não vêm valorizando o enfermeiro pelas qualidades que ele apresenta e que, assim sendo, este profissional busca aliar-se ao grupo para atender a esta necessidade, conforme se expressam, considerando, inclusive, o escore total relativo à pertença.

O Programa de Educação Permanente do Ministério da Saúde (Plano Anual de Capacitação) está direcionado para o desenvolvimento do servidor, seguindo as diretrizes das políticas de educação para o setor saúde e da Política Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Internamente, encontra-se dividido em quatro níveis de atenção, sendo: básico – disseminação de conhecimentos gerais exigíveis para todos os servidores, em especial, temas relacionados à estrutura e ao funcionamento do MS; específico – conhecimentos, informações e habilidades exigíveis para operação dos sistemas produtivos próprios de cada área de atuação; gestão – desenvolvimento de competências para a gestão de processos e pessoas; avançado – investimento na geração de oportunidades de aprendizagem em áreas estratégicas (CARMO *et. al*, 2011).

Observa-se que este programa contempla a capacitação do trabalhador, no entanto, deve ser contínua e articulada valorização do servidor, entendendo que cada pessoa dentro de uma instituição de saúde a constrói diariamente. Suas atitudes se transformam em experiência, e essa construção coletiva propicia um lugar cada vez melhor, tanto para o usuário, quanto para o profissional que nela atua, ao mesmo tempo em que se torna fator de motivação.

Os hospitais universitários por se tratarem de instituições de ensino, e cenários de saúde contínua e de ações sistematizadas, fazem-se imprescindível, não só a eficiência, mas a efetividade da educação continuada nestas instituições favorecendo a atualização específica dos serviços, frente ao processo exacerbado das mudanças. O processo educativo, ganha esta conotação pelo ato da efetividade e da capacidade que representa, pois em sua íntegra, significa a transformação da realidade e valorização dos sujeitos implicados.

O respeito às liberdades coletivas e individuais é o caminho a ser percorrido e este nos afasta de um tempo de cerceamento de diálogos e autoritarismo, ao passo que pavimenta o caminho de uma sociedade que demonstra capacidade em lidar com suas questões internas, indicador de maturidade democrática e de uma nação que prospera com respeito aos direitos de todos os cidadãos (BAYEH, 2012).

No intuito de dar respostas às transformações ocorridas no mundo do trabalho, a educação permanente deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores. Representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, supõe a inversão da lógica do processo, incorporando o aprendizado à vida cotidiana das organizações e incentiva mudanças educativas, de modo a enfatizar a prática como fonte do conhecimento e coloca o profissional a atuar ativamente no processo educativo. Além disso, enfatiza a equipe (JESUS *et al*, 2011).

Além da educação, se chama atenção para outro elemento dinamizador da motivação, que é o estabelecimento do vínculo institucional e para validar este item comenta Carvalho; Kalinke (2008, p. 93),

Uma organização que oferece oportunidade para qualificar e aperfeiçoar seu quadro pessoal, que valoriza o conhecimento e que incentiva as pessoas a participarem de atividades que lhe propiciem crescimento e desenvolvimento, está oferecendo condições para que seus funcionários criem vínculos organizacionais. Para isso, algumas estratégias de ensino e determinados conteúdos ministrados podem funcionar como elementos facilitadores.

A contextualização de Mancina *et al* (2004) aborda a aprendizagem significativa no que se refere à educação profissional, afirmando que a troca de saberes entre os atores envolvidos e a aplicabilidade do processo educativo no processo de trabalho torna o aprendizado significativo. Além do mais, o aprender não se dissocia do ensinar, mas implica mudanças.

Mudanças estas pessoais ou coletivas de aceitar a subjetivação dos atores, de determinar as prioridades coletivas, de identificar a importância da integração da teoria com a prática, de refletir que não adianta somente analisar as práticas, mas criar meios para mudá-las e, principalmente, que os atores envolvidos tenham ação e reflexão das suas práticas cotidianas.

Sendo o homem sujeito de sua própria educação, não pode ser objeto dela, implicando em um ser ativo que constrói um saber contínuo à procura de meios que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de sua capacidade. E de acordo com Paschoal (2004), entende-se que a educação permanente, continuada e em serviço pode motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades existentes na realidade de ensino do hospital-escola e da unidade de ensino.

Em se tratando da motivação de servidores públicos, veja-se o contexto:

Buscar o envolvimento de todos os servidores, independentemente de nível, cargo ou função, com a melhoria do serviço público, o aperfeiçoamento contínuo e a satisfação do cliente é fundamental. Da mesma forma, é preciso valorizar o servidor por meio da capacitação permanente, boa remuneração, bom ambiente de trabalho e proporcionar oportunidade de desenvolvimento de suas potencialidades (AFONSO & ROCHA, 2010, p. 4).

Com relação às ações educativas desenvolvidas durante o processo de trabalho, é considerado que: a educação em serviço na enfermagem é entendida como objeto de transformação do processo de trabalho, que envolve o cuidar e educar, partindo da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (PASCHOAL, 2007).

Percebe-se, frente ao exposto, que a aplicação de medidas que elevem a autoestima das pessoas envolvidas no trabalho e em especial na saúde e que a resultante promovida pelo efeito dessas ações é sem dúvida a obtenção de uma maior satisfação e conseqüentemente de uma maior produtividade.

Em face da demanda extensiva dos serviços de saúde, julga-se necessária uma articulação global de programas e conteúdos em prol dos trabalhadores da saúde, por meio de um processo educativo contínuo, a fim de que possa se buscar a excelência de um padrão de assistência à saúde além do desempenho rotineiro, fortalecendo cada vez mais as relações de vínculo dos profissionais com a instituição.

Diversos são os fatores que caracterizam o processo de vinculação entre uma pessoa, seu trabalho e a organização onde atua profissionalmente; comprometimento, percepção de suporte, reciprocidade e justiça organizacional dizem respeito aos vínculos que ela estabelece com a organização (SIQUEIRA & GOMIDE JR, 2004).

Frente às discussões de alguns autores, é relevante acrescentar: as atitudes e comportamentos dentro das organizações são representados por aspectos psicológicos e a integridade organizacional é um deles, logo, a satisfação no trabalho, envolvimento e comprometimento caracterizam processos de vinculação do trabalhador com a organização.

Cada vez mais se evidencia que as teorias que retratam os vínculos profissionais trazem, em seu discurso inovador, para orientação dos novos modelos de gestão, com a relação à enfermagem no âmbito hospitalar, ações baseadas em posicionamentos éticos no sentido de proporcionar gradativamente o bem-estar das pessoas não somente do ponto de vista técnico, mas pela capacidade de realização da equipe nos espaços de trabalho. Objetivando, como resultado destas ações, a elevação da capacidade da equipe uma vez consolidada a gestão participativa dos conflitos e a possibilidade da expressão subjetiva na atuação profissional (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Neste contexto, fica entendido de que a prática referente ao trabalho da enfermagem, quanto ao processo de trabalho, no que se refere à dimensão subjetiva, a construção de seu conhecimento deve estar estruturada a partir da gestão da própria enfermagem. Tem desta forma, o enfermeiro como mediador entre o discurso e a prática, fortalecendo o processo de motivação e vínculo da equipe, assessorado por uma equipe de apoio.



Capítulo 3 Trajetória Metodológica



3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e natureza qualitativa. De acordo com Gil (2002), o estudo exploratório tem por finalidade conhecer o problema com a intenção de torná-lo claro. Quanto à abordagem qualitativa, optou-se por se considerar a complexidade do contexto em estudo, representado por um cenário vivo, no qual se caracteriza a pluralidade de relações inter e multiprofissionais.

Com a necessidade de se obter informações dos participantes e entendendo que a linha qualitativa busca a percepção dos fenômenos e significados individuais ou coletivos, bem como os aspectos que esta tem sobre as pessoas, torna-se viável sua aplicação no campo da enfermagem, por se tratar de uma categoria marcada por ações subjetivas de relevantes significados.

Para tanto, corrobora Minayo (1993) que a pesquisa é definida como a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. Consiste em uma atividade de aproximação sucessiva da realidade, combinando a teoria e os dados.

Na tentativa de diagnosticar os fatores que dificultam a harmonia da realidade apresentada e partir para a interpretação desta, buscou-se atribuir sentido às atitudes dos profissionais de enfermagem sobre as relações de trabalho frente aos usuários do ambulatório especializado, cenário deste estudo. O problema sugere investigações e respostas que beneficiem a qualidade de vida e de saúde dos atores sociais (profissionais e clientes).

O campo qualitativo é caracterizado por trabalhar as representações, os hábitos, as atitudes e opiniões, sua natureza investigativa e interpretativa, que busca a compreensão do tema pesquisado, favorece o processo de descobrimento por meio de análise, síntese de ideias e conceitos, com envolvimento de aspectos emocionais.

Nesse sentido, reforça Minayo *et al* (2004), a pesquisa qualitativa parte da compreensão de que trabalha com o universo de significados, símbolos linguísticos, como: metáforas e conceitos, narrativas e descrições, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos sociais.

A abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da atividade científica na atualidade. Nos últimos anos, estudos orientados por este enfoque vêm participando ativamente na produção de evidências para as reformas no setor saúde, em diferentes países e contextos sociais. Tal aporte é hoje reconhecido como de alta relevância para os sistemas de saúde na região, a exemplo do Sistema Único de Saúde brasileiro, com inegável impacto na formulação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas em saúde (BOSI, 2012).

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultantes da ação humana objetiva.

No que se refere a esta abordagem, descreve Silva & Menezes (2001) que há uma relação dinâmica entre o mundo real e os sujeitos, isto é, um vínculo indissociável, entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos que não pode ser traduzida em número.

3.2 Cenário do estudo

O Hospital Universitário Walter Cantídio é um hospital-escola, subordinado à reitoria da Universidade Federal do Ceará, com vínculo direto ao Ministério da Educação. É um centro de referência na cidade de Fortaleza e integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS, destinado à assistência de alta complexidade, chegando a atender também outras cidades e estados. Este hospital abriga o chamado “Ambulatório Especializado,” uma das portas de entrada do complexo hospitalar.

Neste local, acontece a multiplicidade de relações que envolvem os servidores de saúde, técnico-administrativos, assistenciais, acadêmicos, professores e a clientela externa formada pelos usuários da rede, compondo por natureza e especialidade, um cenário de reprodução da relação sob os mais variados aspectos.

O ambulatório especializado é assim denominado por atender a 12 especialidades, dentre elas: reumatologia, gastroenterologia, hepatologia, nefrologia, urologia, proctologia, clínica médica, neurologia, infectologia, DSTs,

otorrinolaringologia e fonoaudiologia e uma unidade hospital-dia. A clientela que ao local se dirige (muitos com doenças infecciosas, mobilidade prejudicada, distúrbios auditivos, dentre outros) espera a acolhida e uma assistência humanizada advinda dos funcionários, não somente pelo estado vulnerável em que se encontra, mas pela questão de seu direito enquanto cidadã. Por conta deste contexto múltiplo de relações é que se revela a necessidade da inclusão de uma ferramenta seguidora de educação permanente e efetiva.

A demanda de usuários que se dirigem a esta unidade de saúde (ambulatório especializado) migra de várias especialidades, sendo amplamente numerosa; este fato propicia o encontro dos atores sociais e as grandes relações de natureza ideológica e cultural, constituindo, portanto, um vasto espaço social. A assistência direta ao público atende, em média, conforme o relatório local de 2012, 37.000 consultas/ano (contabilizadas), com funcionamento desde setembro de 2007.

Esta unidade é conhecida como ilhas em função da sua configuração arquitetônica, como também do projeto filosófico ao qual foi proposto; é composto por oito ilhas, com quatro e seis consultórios, perfazendo um total de 42 consultórios distribuídos nas oito ilhas. Trata-se de uma estrutura planejada, com sala centralizada para discussões de casos (momento didático), envolta aos consultórios (momento assistencial e didático).

Com o objetivo de prestar uma assistência, sobretudo humanizada, primando por um serviço de excelência de acordo com a demanda que lhe é destinada e os recursos materiais e humanos os quais dispõe, garante à população, através dos serviços existentes, a excelência do cuidado em nível ambulatorial.

A equipe de enfermagem é composta por três enfermeiras (uma gerente e duas assistenciais), 15 técnicas de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem. A estrutura geral apresenta ainda uma enfermeira-coordenadora, responsável por todas as atividades ambulatoriais da instituição e uma diretora-geral que atua no complexo hospitalar (HUWC e MEAC).

A assistência é prestada sem distinção de grupo ou classe social e corresponde à missão da instituição: desenvolver e promover o ensino, a pesquisa, a atenção secundária e terciária à saúde, com responsabilidade social integrada ao modelo de saúde vigente.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os 23 profissionais da equipe de enfermagem do ambulatório especializado, que trabalham diretamente com o atendimento ao público externo, nos turnos manhã e tarde, todos com mais de 25 anos de serviço na instituição, esclarecendo que 20 anos destes foram trabalhados nas unidades de internação.

Estes atores estabelecem relações diretas com a população que se dirige ao referido ambulatório, portanto, são protagonistas da realidade atual. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento e livre esclarecimento - TCLE (apêndice 2). Foi realizado o teste do instrumento questionário (apêndice 1), o qual não apresentou necessidade de readaptação.

Quadro 2 – Faixa etária dos profissionais

Nível / idade	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 60 anos	Total
N. Superior	00	02	01	00	03
Nível médio	01	04	12	03	20
Subtotal	01	06	13	03	23
TOTAL	01	06	13	03	23

3.4 Aspectos éticos

Levando em consideração os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, este estudo obedeceu às exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O protocolo foi submetido, via Plataforma Brasil em 21 de maio de 2013 e obteve aprovação em 3 de junho de 2013 sob o parecer de nº 15237313.13.2.0000.5045. A coleta dos dados foi iniciada após sua aprovação. As entrevistas tiveram início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido - TCLE por parte dos participantes sendo-lhes garantido o anonimato. O material resultante desta coleta foi utilizado somente para fins desta pesquisa.

3.5 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio do instrumento questionário (APÊNDICE I). Os autores Marconi e Lakatos (2003, p. 201) definem o questionário como sendo um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. O que está sendo aplicado é um questionário estruturado com perguntas abertas destinadas ao grupo de profissionais selecionados embasado no processo de trabalho e nos fatores que interferem nas relações da equipe de enfermagem com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

A coleta foi realizada no período de 5/6/2013 a 15/7/2013. Após uma abordagem com os servidores em pequenos grupos em separados, onde foi explicado a finalidades e os objetivos do processo, a apresentação do TCLE, em seguida foram entregues o instrumento e determinado o prazo para entrega.

3.6 Método de análises dos dados

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Nogueira Martins e Bogus (2004, p.54) relata que:

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa. A tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferência em um nível de abstração mais elevado.

Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo descrito por Bardin (2002) que aponta como pilares a fase da descrição ou preparação do material; a inferência ou dedução e; a interpretação.

Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato), a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material, que consiste em um trabalho gradativo dos textos, onde se estabelecem várias idas e vindas, através de leituras exaustivas dos textos analisados, até que aparecem os traços das primeiras unidades de sentido, palavras, conjunto de palavras formando uma locução ou temas, são definidas passo a passo e guiam o pesquisador na busca das informações contidas no texto.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro).

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados, ocorre nela à condensação e o destaque das informações para análise culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo, destacam-se como o próprio autor o fez as dimensões da codificação e categorização que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (BARDIN, 2006).

De posse dos questionários, foi realizada a leitura flutuante por unidade, mais de uma vez, quando necessárias e listadas todas as questões para assim se realizar e obter a saturação das respostas. Através da saturação, segue a etapa de inferência, na tentativa de construção das categorias por meio das interpretações, conforme o quadro teórico e os objetivos propostos ou identificando-se novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura.

Ao final desta etapa, ressaltar que o complexo hospitalar–HUWC atualmente passa por um intenso processo de mudança (reestruturação dos hospitais universitários), e quando iniciado o projeto, os ânimos dos profissionais que ali trabalham não estavam tão afetados quanto hoje. O que se observa é certa apreensão dos profissionais em todos os níveis. Este comportamento tem evidenciado que toda novidade é preocupante e ameaçadora para os profissionais envolvidos no contexto da instituição.

Acredita-se que tais mudanças têm alterado simultaneamente a receptividade de alguns profissionais. Desta forma, o primeiro contato da pesquisadora não foi muito acolhido, o comportamento revelado pelos profissionais não foi muito receptivo, apesar de o espaço se tratar de um local de ensino e pesquisa. O fato revela que, além da questão das mudanças, transpareceu o pouco investimento na pesquisa com a equipe de enfermagem, principalmente no tocante aos recursos humanos nesta área.

Bastos (2004, *apud* CASTRO; TAKAHASHI 2008, p.306) contextualiza com relação à aprendizagem em favor de adaptação para a mudança.

A aprendizagem no contexto do trabalho enfoca benefícios para a organização como: adaptação à mudança, redução do stress, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição dos erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento.

Quanto à abordagem aos profissionais para participar desta pesquisa, foi percebido alguns profissionais ansiosos e amedrontados até mesmo com atitude de recusa e alguns comentários tipo: *estas perguntas são muito difíceis? Estas perguntas vêm da direção?* Então, houve a necessidade de se reunir pequenos grupos e explanar o contexto, bem como os objetivos da pesquisa, para assim se obter melhor aceitação. Em seguida, foi entregue o questionário junto com o termo

de consentimento e livre esclarecimento (TCLE) aos participantes. A coleta de dados se realizou durante seis semanas, nos meses de junho e julho de 2013.

Após o recebimento do instrumento de coleta respondido pelos profissionais, deu-se o início ao procedimento para análise, enumerando-se todos os questionários e realizando-se a leitura flutuante, transcritos um a um até começar a saturação das respostas, o que facilita ao mesmo tempo a familiarização da pesquisadora com o contexto, obtendo-se desta forma o sentido das frases, atendendo nesta etapa a fase de pré-análise. Após isso, se investiu para o significado das unidades de registro e, posteriormente, o agrupamento das semelhanças entre as perguntas e as respostas, no sentido de se obter através da inferência as categorias temáticas.



Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados



4.1 Características sóciodemográficas dos participantes do estudo

O grupo dos profissionais participantes da pesquisa foi composto por cinco auxiliares, 15 técnicos de enfermagem e três enfermeiras, profissionais estes que trabalham diretamente no ambulatório com os usuários da rede, totalizando 23 profissionais da equipe de enfermagem, todos denominados por nome de ilhas.

Quadro 3 - Características sóciodemográficas dos profissionais quanto às variáveis cargo, vínculo e tempo de serviço.

Participantes	Vínculo	Tempo de serviço
Q1(Bali)	UFC	28anos
Q 2 (Capri)	UFC	26anos
Q 3 (Valadares)	UFC	30anos
Q 4 (Cayman)	SAMEAC	23anos
Q 5 (Mayorca)	UFC	32anos
Q 6 (Sumatra)	UFC	26anos
Q 7 (Chipre)	UFC	30anos
Q 8 (Canárias)	UFC	28anos
Q 9 (Parati)	UFC	30anos
Q10 (Ilha Bela)	UFC	20anos
Q11 (Gaivota)	UFC	34anos
Q12 (Itaparicá)	UFC	26anos
Q13 (Lencóis)	UFC	29anos
Q14 (Madagascar)	UFC	27anos
Q15 (Java)	UFC	30anos
Q16 (Marajó)	UFC	30anos
Q17 (Bora Bora)	UFC	31 anos
Q18 (Santurini)	UFC	28anos
Q19 (Creta)	UFC	29anos
Q20(Melvile)	UFC	10anos
Q 21(Itamaracá)	UFC	22anos
Q 22 (Angra)	UFC	10anos
Q 23 (Gregas)	UFC	20anos

Fonte: autora (2013).

Dos 23 participantes, a priori alguns apresentaram certa apreensão, o que levou a pesquisadora a reunir pequenos grupos para repassar as informações quanto aos objetivos da pesquisa e apresentar o termo de consentimento e livre esclarecimento. Após a conversa com os grupos sobre o real objetivo da pesquisa, notou-se uma maior compreensão e adesão dos profissionais, ou seja, a totalidade.

Com relação a tais condutas, comenta-se que os fatores limitantes revelados pelos participantes, como a falta de compreensão do significado das perguntas, insuficiência no vocabulário, respostas desconexas e outros são atribuídos à desmotivação ou provocados por problemas psicológicos. Outro aspecto seria a influência do pesquisador sobre o profissional. Nesse sentido, seriam interessantes maiores incentivos à pesquisa na área que envolve os recursos humanos.

No que diz respeito à variável categoria profissional, predominou o cargo dos técnicos de enfermagem e com relação ao vínculo dos profissionais, a maioria pertence ao quadro efetivo da Universidade Federal do Ceará (UFC), regime jurídico único (RJU) e apenas um profissional é vinculado à fundação Sociedade de Assistência a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC), com regime celetista.

O fato de a maioria representar a categoria técnica de enfermagem neste espaço acontece por conta de que os profissionais possuem mais de 25 anos de tempo de serviço, somada as ações de capacitação priorizadas a atender o plano de cargos e carreira, bem como a resolução da Lei N°7.498, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil e reconhece como categorias afins os enfermeiros, os técnicos, os auxiliares de enfermagem e as parteiras.

A partir de 2011, através de resolução do próprio COFEN, não mais se procederá ao registro de auxiliares de enfermagem no Brasil. Esta resolução é coerente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que extingue a formação auxiliar e preconiza a formação técnica em todas as áreas do conhecimento. E, para o RJU, regime estatutário, toda a equipe de enfermagem representa o cargo dos técnico-administrativos na UFC.

Quanto à variável sexo, se sobressai a categoria feminina, no que diz respeito ao gênero. Nota-se que atualmente acontece uma modificação neste cenário, devido à própria competitividade do mercado. A absorção do gênero

masculino na enfermagem e nas universidades, hoje, é bastante significativa, porém, estudos revelam ainda a predominância das mulheres na profissão de enfermagem.

Foi observado ainda que a maioria dos profissionais lotados nos ambulatórios possui muitos anos de serviço na área de atuação, apresentando mais de 25 anos e alguns com mais de 30 anos, demonstrando a grande experiência destes no serviço, implicando, portanto, no investimento nestes profissionais, que, mesmo no final de carreira, tendem a contribuir com suas experiências.

Contudo, no que concerne ao perfil dos profissionais com relação aos hospitais universitários, comenta Paranaguá *et al* (2010) a importância que deve ser dada ao estudo sobre o perfil dos profissionais de saúde nos hospitais universitários. Ela ganha relevância por este se constituir um exemplo de prática do cuidar e de aprendizagem nas diversas áreas da saúde, exigindo a seleção de pessoas aptas ao acompanhamento dos acadêmicos e compartilhamento de conhecimentos teóricos e práticos atualizados. Este cenário tem a finalidade de suprir as necessidades da organização e aumentar a eficácia e a efetividade dos processos desenvolvidos.

4.2 Construção e análises das categorias temáticas

Considerando os objetivos propostos e com o intuito de se alcançar uma melhor visualização e entendimento das respostas dos entrevistados, os conteúdos foram exibidos na íntegra, conforme os critérios previamente definidos e obtidos através das falas dos participantes, na tentativa de facilitar a interpretação e a devida análise.

Os conteúdos representados pelas falas foram selecionados, compondo o material para a análise das categorias, permitindo, desta forma, o emergir das unidades de significados (US), reunidas através de semelhanças e significados, culminando em dois grandes eixos temáticos: dimensão institucional (em que se reúnem todos os fatores que interferem no processo de trabalho e nas relações interpessoais que tenham sua origem na instituição pesquisada) e dimensão pessoal, na qual se reúnem todos os fatores individuais expressados pelos próprios profissionais, bem como suas respectivas subcategorias apresentadas no quadro abaixo (quadro 4).

Quadro 4 - Unidades de significados (US) e das categorias e subcategorias temáticas

CATEGORIAS TEMÁTICAS	Subcategorias	Unidades de Significados(US)
	<ul style="list-style-type: none"> → Prazer pela instituição 	<ul style="list-style-type: none"> → Sentimento de identidade → Prestígio
DIMENSÃO PESSOAL	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfação Pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfação no trabalho → Satisfação com a chefiageral e imediata → Satisfação com os colegas
	<ul style="list-style-type: none"> → Reconhecimento dos colegas e da instituição. → Relacionamento interpessoal 	<ul style="list-style-type: none"> → Jornada de trabalho → Motivação para o trabalho → Trabalho em equipe
	<ul style="list-style-type: none"> → Organização e condições de trabalho → Benefícios assistenciais 	<ul style="list-style-type: none"> → Ações Motivacionais
DIMENSÃO INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> → Participação no processo decisório 	
	<ul style="list-style-type: none"> → Política de recursos humanos → Políticas Educacionais (Educação Continuada, Capacitação e Qualificação) 	<ul style="list-style-type: none"> → Treinamento

Fonte: autora (2013).

No sentido de perceber a compreensão dos profissionais do ambulatório de especialidades sobre os fatores intervenientes que influenciam no processo de trabalho da equipe de enfermagem, bem como a melhoria das relações no trabalho em um ambulatório, segue a análise da categoria dimensão pessoal.

4.3 Dimensão pessoal

Inicialmente, a temática da dimensão pessoal engloba os fatores individuais inerentes ao próprio ser humano, suas características individuais relacionadas ao trabalho, bem como sentimentos e percepções que vão desencadear os fatores individuais que dificultam ou contribuem para a realização do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem do ambulatório.

Neste sentido, não há como dissociar o mundo pessoal do mundo do trabalho. Fica evidenciado que além dos conhecimentos técnicos adquiridos na prática, existem os sentimentos e as atitudes específicas de cada indivíduo, que também orientam o aprendizado e o desempenho do profissional.

A importância de se identificar estes profissionais com a instituição representa o grau que o profissional estabelece com os objetivos da instituição e deseja continuar participando ativamente do seu desenvolvimento. E em meio a tantas características e personalidades distintas que se criam individual e coletivamente no seio das organizações de saúde se articula o processo de trabalho, não se garantindo desta forma um trabalho eficaz.

4.3.1 Prazer pela instituição

Através desta subcategoria, notam-se nas falas dos participantes a demonstração de prazer para com a instituição, em que se revelam o orgulho e o sentimento de pertencer ao complexo hospitalar, se constituindo, através destas expressões, a sua referência identitária por trabalhar num hospital de ensino. O sentimento de reconhecimento pela instituição e pelo que ela representa para a comunidade é expresso nas falas de (Q10-Ilha bela, Q20- Melvile).

“Sim, concretizei o meu desejo, conclui na UFC, poder por em prática o trinômio trabalho, motivação e prazer” (Q6- Sumatra).

“Sim. É uma instituição de referência Norte e Nordeste, mesmo com todas as dificuldades que nós profissionais passamos, mas é aqui que podemos ver casos a que a rede pública não resolve”(Q10-Ilha bela, Q20-Melvile).

De acordo com Santos (2007, p. 234) “Quando o sujeito sente-se pertencente a uma organização, cria-se uma identidade coletiva, conforme as características que a organização apresenta”.

“Sim. Foi aqui que cresci como profissional e me orgulho em fazer parte da instituição” (Q1- Bali; Q2-Carpi; Q4-Cayman; Q18-Santurini).

“Sim. Fazer parte do complexo universitário, onde o ensino é uma das prioridades, sinto-me sempre no dever de estudar para me atualizar” (Q7-Chipre, Q11Gaivota; Q17- Bora Bora).

A questão do status é proveniente da instituição, por esta representar um complexo hospitalar de referência e de ordem pública; esse fato tende a tornar o profissional privilegiado frente à sociedade. Estes sentimentos favorecem o envolvimento e a ideia de compromisso e dever com a instituição, resultando em posicionamentos positivos. Esta visão positiva, aliada aos significados apreendidos pelo profissional, possibilita suas conquistas pessoais.

Comenta ainda Santos (2007) que, ao mesmo tempo em que as organizações desenvolvem uma cultura no sentido de oportunizar avanços na carreira profissional, propicia satisfação aos empregados.

No que diz respeito ao serviço público federal, especificamente, as universidades públicas que são grandes centros de desenvolvimento voltados para a atuação na área da saúde tende a agregar valor e satisfação através de suas ações de capacitação e qualificação. De acordo com Lima e Silva (2012). A partir da lei que institucionalizou o plano de cargos e carreira dos servidores técnicos-administrativos em educação, percebe-se um aumento na busca por programas de pós-graduação. A lei 11.091, de 2005, regulamentada através do decreto 5.584 e 5.585, ambos de 2006, estabelecem incentivos financeiros para o servidor adquirir um nível de escolaridade superior ao que lhe é exigido para o exercício do cargo, no qual está enquadrado.

No entanto, quando certas expectativas não correspondem aos anseios do profissional, o sentimento de pertencer se declina, comprometendo sem dúvida os valores institucionais e a sua satisfação. A fala de Q12(Itaparica) revela sentimentos negativos de prazer pela instituição:

“Não sinto prazer. Pela falta de organização, falta de insumos para a realização das atividades, dimensionamento incorreto, ausência de incentivo dos profissionais no sentido de oportunidades de desenvolvimento dentro e fora da instituição”(Q12- Itaparica).

Considerando que a aprendizagem tem o poder de transformação devido a sua capacidade de mudança na visão da realidade, na prática pode-se observar esta resposta com clareza, porém, os sentimentos de insatisfação, o não sentir prazer em trabalhar na instituição evidenciado na fala da respondente, respalda que a relação do indivíduo com o trabalho envolve significados de aspectos positivos e negativos.

A inter-relação entre o processo de vinculação refletida no ambiente de trabalho e a gestão hospitalar gera aprofundamento e maior visibilidade uma vez que, com maior ou menor intensidade, esse processo interferirá no curso do processo de trabalho (KANAN & ZANELLI, 2004).

Esse momento emerge para uma atenção maior sobre a identificação do modo como os profissionais se relacionam na instituição, bem como a maneira que reagem às emoções e aos aspectos subjetivos, demonstrando que na medida em que se constitui a identificação do profissional com a instituição, proporcionalmente será seu comprometimento com a missão e objetivos.

Através do resultado das discussões foi notória a satisfação das respondentes, como também o desejo expressado de se capacitar na própria instituição, como forma de aprendizado e realização de práticas aprendidas anteriormente.

4.3.2 Satisfação pessoal

A satisfação pessoal se constitui em um autêntico indicador de qualidade para divulgar a imagem de qualquer instituição, quer seja nas expressões dos profissionais, quer seja nas dos usuários, fato este que vai incidir diretamente na qualidade dos recursos humanos, bem como na sua gestão. Com relação à subcategoria satisfação pessoal, foram discutidas as seguintes unidades de significados: satisfação no trabalho, satisfação com as chefias e satisfação com os colegas.

4.3.2.1 Satisfação no trabalho

No que se refere à subcategoria *satisfação pessoal*, traduzida no significado da satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem, na realização do processo de trabalho, estes transmitiram as seguintes falas:

“Autonomia, independência, segurança”. (Q12- Itaparica).

“Segurança na execução de minhas tarefas e experiência”. (Q1-Bali; Q2-Capri; Q8-Canárias, Q10-Ilha bela).

“Identificação com trabalho, responsabilidade, habilidade técnica, organização, assiduidade e compromisso” (Q6- Sumatra).

Observam-se através dos relatos dos participantes a descrição de suas características pessoais atribuídas às atividades realizadas diariamente. No entanto, segundo relatos de Matos (2009), a satisfação no trabalho é um fenômeno complexo porque se trata de um estado subjetivo que pode variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa.

No que concerne ao trabalho da equipe de enfermagem e sua autonomia, esta ainda não atingiu seu autogerenciamento, apesar do seu muito investimento na educação e capacitação, isto devido à própria característica do processo de trabalho fragmentado e coletivo. Este fato tende a diminuir a criatividade e a efetividade nos membros da equipe.

No entanto, a satisfação com o trabalho não se encontra atribuída somente aos aspectos individuais dos profissionais, mas a todo um contexto institucional, com interferência do clima organizacional, na forma de organização do trabalho e na subjetividade do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Para tanto, Trabalhar em estabelecimentos hospitalares implica em maior investimento na qualificação de seus ativos. A adoção de políticas de recursos amplas, que contemplem os vários aspectos geradores das etapas integrantes do processo de trabalho, faz-se imperativa para a satisfação dos profissionais.

“Insatisfação pela demora e grande falta de material, que dificulta por em prática a assistência, cansaço físico” (Q5- Maiorca; Q16- Marajó; Q18- Santurini).

“Demora na chegada dos prontuários, desorganização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME” (Q1-Bali; Q3-Valadares; Q6-Sumatra; Q12-

Itaparica; Q13- Lençóis; Q15- Java; Q16-Marajó; Q18 - Santurini; Q21- Itamaracá).

A insatisfação revelada através das falas com relação ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística- SAME demonstra representatividade nas falas, dado o quantitativo de participantes que expressaram a insatisfação pessoal, ocasionada por aspectos institucionais, se constituindo, neste ponto, um dos fatores institucionais que dificultam o trabalho da equipe de enfermagem.

Dentre os vários insumos que dificultam o trabalho dos profissionais expressado nas falas, se sobressai a demora na chegada do prontuário do paciente ao ambulatório de especialidades por ocasião da consulta. Isto realmente gera um grande problema, pois no prontuário do paciente se encontra uma riqueza de detalhes, sua história pregressa, toda a sua vida e inclusive relatos de sua doença e/ou até morte, exames e complementares com datas reais.

E por conta de problemas operacionais, muitas vezes geram situações que dificultam o processo. A realidade vivenciada está atrelada à forma de operacionalização do setor Serviço de Arquivo Médica e Estatística- SAME; no entanto, este fato incide na escassez de recursos humanos para a efetiva realização das tarefas, pois ainda não se trabalha com o prontuário eletrônico, o que seria uma boa aquisição. Esta condição acarreta desmotivação e desinteresse dos profissionais e gera conflitos na dinâmica do atendimento.

Além de profissionais de enfermagem, todos os profissionais representam os servidores técnico-administrativos do complexo hospitalar, estabelecimento de ensino de saúde, anexo da UFC (instituição universitária).

Lima e Silva (2012, p. 8) relata:

O significado de ser servidor também reflete uma sensação de desgaste físico e emocional. A polivalência, a natureza e responsabilidade advinda da própria atividade, a falta de recursos e constantes cobranças, associados a uma imagem desgastada do serviço público perante a sociedade, geram estresse e desmotivação. Ao contrário do que o senso comum muitas vezes apresenta a constante necessidade de adaptação por parte dos servidores leva ao desgaste, que pode provocar inclusive o desejo de desistência (LIMA & SILVA, 2012, p. 8).

A dinâmica das instituições hospitalares de ensino, o gerenciamento das pessoas que produzem o cuidado emana maiores estratégias, devido as suas características singulares e complexas, considerando que neste espaço se lida com

alta tecnologia, com a diversidade de categorias profissionais de especialistas e seres humanos que se encontram em uma situação fragilizada. Garantir a satisfação nestes espaços remete a noções de equidade, oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e percepção de justiça.

4.3.2.2 Satisfação com as chefias (geral e imediata)

O sentimento revelado através da unidade de significado satisfação com a chefia geral e imediata norteia a subcategoria satisfação pessoal vale ressaltar alguns elementos contidos nesta subcategoria, que refletem diretamente no nível da dimensão pessoal: condições de trabalho, salários, equipe harmônica, carga horária, situações estressoras, assistência à saúde, dimensionamento de pessoal satisfatório, dentre outros benefícios.

Em se tratando da gestão de pessoas, faz-se necessária a exigência de líderes tecnicamente qualificado e apto psicologicamente quanto à utilização dos recursos humanos e materiais para a essencialidade do processo de mudanças nas instituições de padrão universitário e principalmente de saúde.

“Insatisfação com a falta de compromisso dos gestores de proporcionar ambiente físico com conforto, para os profissionais e clientes, calor”. (Q9Paratí, Q23-Gregas).

“Falta de motivação, descontentamento com a atividade realizada, desacreditar na proposta da instituição, falta de relação entre a equipe multiprofissional” (Q12- Itaparica).

“Comunicação inadequada no repasse das mudanças, desorganização institucional” (Q10-Ilha bela, Q11- Gaivota).

O relato expressado pelas participantes acima chama a atenção para os fatores ora individuais, ora institucionais derivados da relação dos profissionais com a instituição. Nestas falas os participantes demonstram insatisfação para com os gestores no que se refere a condições estruturais e de ambiente inadequado, o que impossibilita o bem-estar para os usuários e profissionais. O descontentamento com as atividades realizadas leva os profissionais a desacreditar na instituição e terá impacto na falta de motivação. Outro fator relatado recai sobre a comunicação inadequada no repasse das mudanças atuais, o que ocasionará à desorganização na dinâmica e execução do serviço.

Para tanto, a relação com as pessoas que integram as instituições de saúde devem ser estreitadas, cabendo aos gestores em todos os níveis estabelecer relações de aprimoramento contínuo, através de políticas voltadas para os talentos humanos, contemplando os princípios da PNH. Com relação aos princípios da ética, observou-se a representatividade nas falas dos participantes.

“A falta de ética de alguns profissionais” (Q2- Capri; Q7-Chipre; Q-22 Angra; Q23- Gregas).

No que diz respeito à ética dos profissionais durante o processo de trabalho e para que se atinja o desenvolvimento profissional e a elevação da estima pessoal, torna-se imperativa a participação de todos os envolvidos no processo educativo, para se conduzir o processo numa linha ética, no sentido de reforçar os vínculos e o compromisso dos profissionais.

“O vínculo respeitoso com os profissionais” (Q2-Capri; Q4-Cayman; Q8-Canárias; Q14-Madagascar).

O esboço dos participantes sobre o vínculo constitui fator individual imprescindível no ambiente de trabalho, na categoria dimensão individual entre as relações profissionais e chefias, entre os profissionais e usuários e ainda entre os profissionais no cotidiano do trabalho. De acordo com a fala, a reciprocidade deve se dar na mesma proporção, no tocante à dimensão institucional. E no que se refere à gestão maior, as chefias gerais e imediatas para com os profissionais, esta relação múltipla enfatiza o equilíbrio entre os profissionais e a organização.

Para Kanan; Zanelli (2004), a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento caracterizam os processos de vinculação e têm relação com as metas e objetivos organizacionais, ou seja, o seu desempenho. Ressalte-se neste contexto a prioridade do cuidado e do zelo com as pessoas que lidam dentro das instituições de saúde, através de políticas pedagógicas sustentáveis voltadas para a integração dos profissionais.

4.3.2.3 Satisfação com os colegas

Analisou-se através das falas os sentimentos dos profissionais para com os colegas:

“Falta de comunicação, empatia com alguns colegas”(Q2; Q8- Canárias; Q9).

“Chateação algumas vezes com a dificuldade de alguns colegas para resolver os problemas, preferem “viver o problema” (Q 4; Q10-Ilha bela).

Apesar de os profissionais terem muitos anos de convívio na instituição, percebeu-se através das falas a ausência de uma comunicação efetiva entre a equipe, no sentido de motivar a percepção de si e do outro, como elemento aglutinador do processo de trabalho. Revelaram a insatisfação com os próprios colegas, que dividem as ações cotidianas.

“Revolta com os colegas que gostam de se escorar no outros, desânimo”. (Q6- Sumatra; Q7-Chipre; Q21-Itamaracá).

Uma das ferramentas de desenvolvimento humano no âmbito das organizações de saúde deveria estar orientada para as pessoas e seus comportamentos. Considerando a peculiaridade das instituições hospitalares, em que a relação entre os profissionais está diretamente ligada à sobrevivência das pessoas, o estabelecimento de um convívio respeitoso faz-se extremamente necessário neste ambiente.

O relacionamento com os colegas em seu sentido coletivo, isto é, da forma como se realizam as ações de saúde no contexto hospitalar, muitas vezes está associado à satisfação com o trabalho, implicando na aquisição de critérios dinâmicos de produtividade e competitividade com foco no papel acadêmico e social.

A satisfação com os colegas consiste no contentamento em que o indivíduo possui quando percebe a existência do espírito de colaboração das pessoas que trabalham com ele, à confiança em seus colegas e o sentimento de amizade. Frente a estas evidências, se reforça o investimento na educação dos recursos humanos para que assim se possa estimular um clima solidário, de sensibilização e empatia.

4.3.3 Reconhecimento dos colegas e da Instituição

Através da construção desta subcategoria, se percebeu um fluxo compensatório, os profissionais são importantes para a instituição tanto o quanto a instituição representa algo valorativo para eles. Para um profissional, o

reconhecimento pelo sucesso de seu trabalho realizado representa recompensa, o que eleva sua auto-estima frente à organização a que pertence, aos colegas, à família e até mesmo à sociedade.

“Fazer parte de uma instituição de renome, ajudar o ser humano” [...] “Ações institucionais existe não, mas gostaria que existisse” (Q1-Bali; Q3-Valadares; Q4- Cayman; Q15-Java; Q21- Itamaracá).

Os relatos dos participantes de forma enfática expressavam o reconhecimento dos profissionais pela instituição, e no que concerne à instituição as falas revelam não existir ações motivadoras. A atuação da gestão de recursos humanos neste ponto tem papel preponderante no sentido de mobilizar recursos voltados para a otimização do clima da instituição, desenvolvendo competências e resgatando talentos, enfim, desenvolvendo pessoas.

O ato de desenvolver as pessoas emerge na qualificação e capacitação; estando os profissionais uma vez qualificados, terão habilidades e percepções mais exacerbadas, sobre o conhecimento de si, para que assim possam se tornar empáticos e respeitosos com o outro.

“Péssimo, não existe compromisso entre os colegas em colaborar”(Q4- Cayman; Q13-Lençóis; Q21- Itamaracá).

A falta de colaboração e a falta de coleguismo entre os profissionais remetem à criação de espaços para a realização de reuniões coletivas, através de encontros para a reflexão das práticas.

“Ainda existe por parte de uma minoria, o descompromisso em assumir as escalas de serviço, falta de coleguismo, falta de respeito com os profissionais” (Q8-Canárias; Q14-Madagascar).

Entre uma fala e outra, os participantes reforçam a questão do individualismo, descompromisso, falta de coleguismo e de respeito, incluindo a pouca cultura. Sobre a cultura, descreve Silveira (2012), que implica em falar sobre a possibilidade de adaptação do ser humano à realidade do grupo no qual está inserido, interiorizar valores e crenças partilhados, o que pode fortalecê-lo ou desintegrá-lo.

“Alguns colegas são individualistas, poucos responsáveis, pouca cultura”(Q2-Capri; Q10- Ilha Bela; Q16-Marajó, Q20-Melvile).

A cultura se constitui em um ponto de referência na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Assim, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social (PIRES, 2004).

4.3.3.1 Jornada de trabalho

Ao se falar em satisfação pessoal nos espaços de trabalho, a importância do reconhecimento, bem como a valorização dos profissionais se concretizará através de vários benefícios a que têm direitos o trabalhador, as condições as quais este realiza o seu trabalho, a carga horária e as demandas cotidianas influenciarão na qualidade de trabalho deste profissional.

“Seria uma boa equipe de trabalho, boas condições físicas e ambientais, um banheiro com chuveiro para banho no M/T” [...] “Seria a extinção do M/T, isto é muito cansativo para nossa idade” (Q6-Sumatra; Q13-Lençóis; Q17- Bora-Bora; Q18- Santurini).

Os participantes do estudo revelam por meio dos relatos a necessidade adequada das condições físicas e ambientais, um banheiro para condições de higiene, devido o local tratar-se de um ambulatório de atividades complexas onde se realizam procedimentos que colocam o profissional com o manuseio direto do paciente, bem como o plantão em regime de 12horas, o que gera fadiga e o cansaço, considerando o tempo de serviço e a idade dos profissionais que compõem a equipe dos ambulatórios, como descrito no perfil sóciodemográfico no quadro 3.

Com base no contexto, entender as relações de trabalho dos profissionais de enfermagem é perceber a dinâmica do processo de trabalho da equipe, acrescentando o ambiente, as condições, as formas de organização e as reações geradas no interior deste processo.

As condições de trabalho e a sobrecarga provavelmente limitam a competência profissional. Remetem à violência ocupacional, uma vez que o

trabalhador insatisfeito exerce mal suas responsabilidades, refletindo um cotidiano mecanizado, desumano e improdutivo (ABRANCHES, 2005).

“Gostaria de ginástica laboral 1x por semana, apoio social, reunião com a equipe 1x por mês, acompanhamento psicológico em grupo com a equipe e relaxamento para reduzir o nível de stress”.

As falas remetem à necessidade de investimentos nos espaços de trabalho, com relação à adoção de condições que venham a amenizar a fadiga e o estresse dos profissionais, ações estratégicas que incluam atividades físicas e de lazer que promovam o bem-estar dos que ali trabalham. Mesmo se tendo o entendimento que as condições estressoras no espaço ambulatorial são bem menores do que na assistência direta nas unidades de internação, vale ressaltar a importância destas medidas de enfrentamento, frente a uma demanda reprimida crescente e diversificada e a complexidade do contexto.

E, ainda, de acordo com as falas, o acompanhamento dos profissionais por uma equipe especializada, tipo psicólogo e outros suportes, se faz mister.

Ações motivadoras vindas do HUWC “Não existe, necessitamos de um espaço para que se escute os funcionários, carga horária de 30h, plano de saúde”(Q14-Madagascar).

A participante relata não existir ações motivadoras vindas da instituição e reforça em sua fala a importância para os espaços de escuta, na qual os profissionais possam colocar seus anseios, redução de carga horária e boa assistência à saúde.

No que diz respeito à carga horária, os servidores técnicos-administrativos, pelo regime jurídico único – RJU, cumprem carga horária de 40h semanais. O projeto 30h - Projeto de Lei n.º 2295, de 2000, que "Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem", até o momento atual não foi aprovado pelo congresso. Para se amenizar as repercussões insalubres do ambiente hospitalar sobre a satisfação pessoal dos profissionais, medidas de ordem física e psicossociais deveriam ser adotadas.

As questões até então citadas em forma de subcategorias originadas das unidades de significados constituem características específicas do processo de trabalho da equipe de enfermagem no âmbito das organizações hospitalares, todas

vinculadas ao cotidiano da equipe produtora do cuidado, dando origem as situações de conflitos, desmotivação e relacionamentos conturbados.

4.3.3.2 *Motivação para o trabalho*

Vários foram os sentimentos revelados pelos participantes através da motivação para o trabalho e, de acordo com as falas, estes expressaram tanto motivações próprias quanto motivação promovida por ações da instituição.

“Interesse no trabalho” (Q14-Madagascar, Q17- Bora-Bora, Q23-Gregas).

O interesse pelo trabalho incidirá sobre a conduta dos profissionais sob a forma de produtividade no trabalho, dedicação, tolerância e cooperação, o que transformará a qualidade das relações do cotidiano. Os profissionais que atuam diretamente com o público consumidor dos serviços de saúde apresentam elevados níveis de estresse, necessitando de energias de ordem física e psicológica na realização das tarefas.

O apoio dispensado pelos gerentes em favor do desenvolvimento pessoal dos profissionais, bem o como o campo de estágio para os estudantes, relatos de Q5-Maiorca, emite a importância das instituições investirem na flexibilização e acomodação com relação à capacitação de seus ativos.

“Possibilidade de pesquisa, apoio dispensado pela gerente de enfermagem, infraestrutura, campo de estágio para os estudantes de enfermagem” (Q5-Maiorca).

Em se tratando das instituições de saúde, Carvalho e Kalinke (2008) relata sobre a importância de que se tenha uma visão do perfil profissional e motivacional e até mesmo pessoal dos profissionais envolvidos no processo de trabalho nestas instituições, para que se possam traçar as estratégias motivacionais pela busca da qualidade dos serviços.

O relato a seguir com relação à motivação para o trabalho traduz a finalidade maior das instituições hospitalares de ensino com relação ao seu cumprimento com a saúde da população e a necessidade do aprendizado. A fala contempla também a importância do respeito para com os profissionais sem distinção

de categorias, fator preponderante para a que se mantenham vivos os relacionamentos interpessoais.

*“A oportunidade de preservar a saúde das pessoas carentes e de aprender”...
“respeito entre os colegas da equipe médica ao auxiliar, salários dignos,
condições de trabalho além do mínimo necessário” (Q7-Chipre).*

Sobressai a referência à dignidade salarial; sem dúvida, seria justo que houvesse um reconhecimento relativo entre a remuneração recebida e a capacidade do profissional com relação à produção de seu trabalho, às condições de insalubridade e periculosidades, dentre outros itens específicos do trabalho em saúde.

No entanto, como este item no serviço público está diretamente ligado à esfera do Governo Federal, estratégias deveriam ser criadas como forma de recompensa ao crescimento profissional dos servidores públicos, ações como: condições ambientais favoráveis à realização do trabalho, ergonomia adequada, apoio psicológico, lazer e outros devem permear o contexto.

Nota-se a expressão sobre os bons profissionais médicos, a expressão das participantes teria vários significados sobre este item como motivação para o trabalho. Além da questão do prestígio, já relatado em frases anteriores e novamente enfatizado, comparando-o às intuições privadas e por se tratar de uma instituição de grande repercussão para a população do estado do Ceará, bons profissionais médicos significa a confiança, o suporte no cotidiano da equipe de saúde.

*“Instalações físicas e a remuneração, prestígio frente a outras instituições”
(Q1-Bali; Q12-Itaparica; Q15- Java; Q18-Santurini).
“Bons profissionais médicos” (Q4- Cayman, Q23- Gregas).*

Para Felli e Peduzzi (2005), o trabalho é caracterizado como coletivo pelas ações de enfermagem associadas à dos agentes da equipe multiprofissional, portanto, no trabalho coletivo há uma divisão do trabalho pela diferente área de atuação, tendo como produto final a assistência e o cuidado; a realização comumente fragmentada da assistência dificulta a integração das ações de saúde, o que exige um trabalho em equipe.

Os discursos das autoras apontam para a complexidade da produção do cuidado pela equipe, ou seja, o produto final da assistência de enfermagem nos

espaços de atenção à saúde. Frente à realidade, importa como elemento motivador o investimento na qualificação dos produtores deste específico cuidado.

4.3.4 Relacionamento interpessoal

A importância de se capacitar os profissionais dentro das instituições em geral e com especialidade nas instituições de saúde somente incidirá em benefícios para a instituição com relação à minimização das situações conflitantes, logo profissionais qualificados, melhores chances terão de conduzir os relacionamentos internos e externos durante a jornada de trabalho.

“Esse leque de especialidades e equipe multiprofissional que interagem entre si (mesmo sabendo que ainda necessita de alguns profissionais como psicóloga, nutricionista e outros)”(Q10- Ilha Bela).

As falas traduzem o reconhecimento da existência de multiprofissionais no espaço hospitalar, entendendo que existe a necessidade da complementaridade deste, para que se efetivem as ações, correspondendo à produção do cuidado em saúde, trabalho parceirizado, construído através de uma teia de relações. Este construto vivo representa a existência das instituições hospitalares.

“Trabalhar com profissionais altamente qualificados” (Q11-Gaivota; Q17-Bora-Bora).

A fala revela o trabalhar com profissionais qualificados, tendo em vistas que a instituição pesquisada trata-se de uma unidade de ensino de nível superior, de onde demandam vários profissionais graduados e qualificados. No entanto, relatos de Costa (2004) contradizem esta vertente, afirmando que a produtividade e a eficiência de uma equipe não dependem somente da competência dos seus membros, mas estão estritamente ligadas à solidariedade de suas relações interpessoais.

Em se tratando da subcategoria relacionamento Interpessoal, o espaço representa um dos maiores contextos de relacionamentos eminentemente humanos, verbais e simbólicos, demarcado continuamente pela presença de seres humanos, propiciando a afirmação das relações interpessoais. Através desta subcategoria, os

participantes expressam também sentimentos relacionados à equipe de trabalho aos fatores motivacionais.

A expressão obtida pelos profissionais sugere a implantação de ações socioculturais, de forma a agregar valores e manter a equipe mais coesa. Outro ponto de relevância na fala das participantes emite a busca ativa dos funcionários. A subjetiva é tão única de cada ser, que a frase pode ter várias interpretações dentro da realidade vivenciada.

“Palestras no próprio local de trabalho, implantação de ginástica laboral, sala de socialização com livros e filmes pertinentes ao trabalho e busca ativa dos funcionários” (Q8-Canárias; Q10Ilha Bela; Q11-Gaivota; Q18-Santurini; Q20- Melvile).

O relato de Q7-Chipre, traduz passividade e conformismo, afirmando o medo dos profissionais de sair da zona de conforto. Mediante os relatos e em se tratando da equipe, tirar estes profissionais do engessamento e torná-los participativos do e no processo, talvez não se remetesse a uma busca ativa?

“O que vejo, é os profissionais tomando atitudes passivas e conformadas no seu trabalho, quando surge a oportunidade da mudança, alguns não deseja participar, por medo de sair do ‘conforto” (Q7- Chipre).

Considerando a complexidade dos hospitais de ensino e consumo de seus serviços, educação e saúde, a autora respalda a necessidade de adoção das ações de melhoria das relações e dos processos para a obtenção de bons resultados e utiliza como estratégias para tentar resolver as situações de conflito e ou estabelecer diálogo e tomada de decisões muitas reuniões, conversas, dinâmicas procurando estar sempre disponível e trazendo o grupo a refletir sobre as questões, mas sem deixar de colocar-se no lugar do outro. Enfatiza a importância de não colocar o poder à frente de tudo, reforça a idéia de um trabalho em parceria, para a obtenção de bons resultados (NOBREGA, 2006).

O interesse é algo individual e precisa ser estimulado, através de ações motivadoras.

“Falta de profissionais com interesse no trabalho, falta de um protocolo que padronize as ações” (Q5- Maiorca).

Independente de o setor ser público ou privado, uma gestão compartilhada e conduzida pela padronização dos serviços representa fator de sucesso para qualquer organização. A qualidade caminha paralela à padronização dos processos, quanto ao serviço de enfermagem no âmbito das instituições públicas, para que se concretize a efetividade das ações, ferramentas como a comunicação, a ética, a padronização e programas de investimento na capacitação dos profissionais resultaria em melhoria e em ações motivadoras.

4.3.4.1 Trabalho em equipe

Outra unidade de significado a que remete a subcategoria do relacionamento interpessoal, analisando as falas com relação à percepção do trabalho em equipe revelou em sua maioria sentimentos negativos. Entre a resposta variada através da fala não percebe o trabalho em equipe até o reconhecimento de outro participante: apesar das dificuldades, acha o trabalho em equipe bom; prevalecem os sentimentos de que o trabalho é bom, mas precisa melhorar muito.

O trabalho no campo da enfermagem conduz o grupo a uma continua aprendizagem no sentido de resgatar a convivência respeitosa, importa o conhecimento e a clareza do trabalho coletivo, este fato representa desafios para os líderes da equipe.

*“Não percebo muito o trabalho em equipe” (Q3-Valadares).
 “Bom, mas precisa melhorar muito” (Q6-Sumatra; Q11-Gaivota; Q17- Bora-Bora; Q18- Santurini; Q19-Creta; Q-22 Angra; Q23- Gregas).
 “Muito bom, frente a uma gama de dificuldades que se enfrenta” (Q9-Parati).
 “Falta boa vontade de uns... é uma insatisfação... uma revolta”(Q15- Java).*

A equipe está totalmente vinculada ao processo de trabalho e destinada às transformações pelas quais passa o trabalho. Neste sentido, sem querer apontar todos os motivos que justificam a existência desta forma de exercer o trabalho, diria que a ideia de equipe advém da necessidade histórica de o homem somar esforços para alcançar objetivos que isoladamente não seriam alcançados, ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada. Hoje, mais do que em qualquer época, o trabalho em equipe tem sido incentivado, principalmente no campo da enfermagem, no qual as ações são fragmentadas (PIANCASTELLI, 2011).

Diante do contexto é que se dá a relevância do investimento na qualificação, não somente nos membros da equipe, mas e, sobretudo, no profissional enfermeiro que gerencia a equipe de enfermagem. Apesar dos sentimentos negativos apresentados pelos participantes, alguns expressam a consciência de uma interação entre o grupo em prol da satisfação das necessidades da população, de acordo com os relatos abaixo:

“Todos procuram interação no sentido de satisfazer as necessidades do cliente” (Q5-Maiorca; Q7-Chipre).

Estes sentimentos são intensamente geradores de conflitos diários implicando em desafios para se gerenciar a equipe e o processo de trabalho.

De acordo com Gomes (2012, p. 2.916),

O enfermeiro enquanto gerente e líder de sua equipe são um influenciador nas situações de conflito, exercendo sua autonomia, estabelecendo estratégias e abordagens gerenciais para a negociação dos mesmos, a fim de tornar o ambiente de trabalho em um local harmonioso, de crescimento e com vínculos profissionais saudáveis proporcionando um cuidado de qualidade.

4.4 Dimensão institucional

A partir deste ponto serão analisadas as unidades de significados (US) que reunidas através de semelhanças deram origem às subcategorias: organização e condições de trabalho; benefícios assistências; participação no processo decisório; política de recursos humanos e políticas educacionais inseridas no eixo da dimensão institucional (que reúne todos os fatores que interferem no processo de trabalho e nas relações interpessoais).

4.4.1 Organização e condições de trabalho

As organizações hospitalares representam espaços de alta complexidade em razão de sua natureza fim, marcada pela diversidade de profissões e clientela, que dão origem às relações sociais diversas e vários arranjos organizacionais para a concretização de seus processos. Em se tratando dos hospitais de ensino esta complexidade é muito mais significativa por estes cumprirem a dupla função saúde e

academia, adicionada do seu papel de provedor de recursos para a capacitação e desempenho de seus profissionais para lidar com as demandas tecnológicas cotidianas.

“Sinceramente não sei como implementar tal ação. Acho que para ser de maneira positiva, existe necessidade de muito investimento, que deve ser primeiramente pensado e executado pela direção maior, que não conhece seus serviços e muito menos as demandas dos mesmos, que muitas vezes solicitam ações desproporcionais. A relação principal deve ser dos responsáveis pelo HUWC, primeiramente conhecendo o que se faz, como se faz e o que poderia ser atingido” (Q12- Itaparica).

As formas de organização de trabalho, bem como as condições de ambientes, deveriam estar pautadas no conhecimento e na realidade cotidiana dos profissionais que somam forças para a produção do cuidado. Sobre a realidade existe a necessidade de conhecer o processo produtivo é vital, pois não conhecer a ponta traduz não conhecer como de fato se materializa o serviço prestado pelo hospital, quem são os funcionários ali instalados e os entraves do dia a dia. Não conhecer a ponta é afastar-se então das demandas cotidianas e do público atendido.

“Eu acho que os responsáveis deveriam ver os locais de trabalho, ou seja, na ponta para ver como os funcionários trabalham, e daí criarem os cursos” (Q13- Lençóis Q14-Madagascar).

Ao se perceberem as realidades vivenciadas pelos profissionais, se tem suporte para a mobilização de um conhecimento abrangente ao contexto da organização. Esta visão permite atribuir poder sobre a ação bem como uma análise de bom senso fundamentado, o que facilita a intervenção para se promover mudanças nas práticas do cuidar da equipe, respeitando a singularidade dos coletivos.

Leopardi (2006 *apud* AMESTOY *et al* 2010, p.159) relata:

O domínio de um saber consistente sobre o próprio processo de trabalho facilita o reconhecimento das articulações internas entre a teoria e prática, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e de instrumentos para a realização das atividades, além de auxiliar no planejamento das ações, a partir de metas previamente determinadas, e na execução de um trabalho competente e reconhecido.

4.4.2 Benefícios assistenciais

Para Souza *et al* (2005), benefícios representam os complementos que se constituem numa forma indireta de remuneração, destinados a proporcionar uma melhor qualidade de vida aos profissionais. A manutenção efetiva destes benefícios chega aos profissionais como bonificações pecuniárias ou convertidas em ações autofinanciáveis que estimulam a motivação destas para o trabalho.

4.4.2.1 Ações motivacionais

Fazem parte destas ações os benefícios relativos ao próprio salário percebido mensalmente pelo trabalho realizado, seguido de todas as ações que envolvem custos para a instituição provedora, com o objetivo da preservação e manutenção da qualidade de vida e saúde do profissional. Seguem os relatos.

“É como descrevi, deverá haver incentivo do HUWC, para desempenhar um profissional qualificado para as organizações de funcionários interessados em especializações e mestrado” (Q1-Bali)

“Ser liberado para participar destes cursos, digo mesmo no horário do trabalho” (Q6-Sumatra; Q17-Bora Bora).

Observa-se através dos relatos dos profissionais o entendimento sobre os incentivos, sobre o seu desempenho e a qualificação, com relatos voltados ao crescimento pessoal e o desenvolvimento da carreira de graduações maiores. O plano de cargos e carreira se integra na subcategoria benefícios e se destina à progressão salarial prevista na mudança de níveis na própria carreira. Este aspecto deve ser esclarecido aos profissionais.

Os relatos expressam à criação de estratégias no sentido dos cursos acontecerem no próprio local de trabalho e à liberação concedida para a participação. Isto implica em liberação contada como carga horária ou acomodações de escalas e se possível realização no próprio local de trabalho.

O plano de cargos e carreira, embora incida a ascensão apenas sobre a carreira e não na mudança de cargo, proporciona ao servidor sua capacitação no âmbito não somente do ser mais, mas que atinja a dimensão do ter mais, enquanto benefício. Com relação à atenção à saúde, o desejo de se ter a saúde e ao alcance

dos profissionais foi revelado através da subcategoria benefícios, expressa nas seguintes falas:

“Seria bom que tivéssemos um plano de saúde da própria instituição, para cuidar melhor da nossa saúde, com solicitação de exames periódicos e acompanhamento” (Q15-Java).

“existir assistência médica para os funcionários priorizada, promoção de lazer” (Q11-Gaivota; Q23- Gregas).

A necessidade de programas que cuidem da sua saúde, como um plano de saúde ou projetos de assistência no próprio local de trabalho, faria sentido uma vez que a instituição trabalha com esta finalidade de saúde e detém em seu quadro funcional excelente profissional atuante na área. A inclusão de atividades físicas e promoção de lazer seriam pertinentes. As falas expressam também o desejo de ações de saúde priorizadas, facilitando ao profissional o não deslocamento para a rede conveniada.

O significado de saúde para os profissionais, pelo fato de estes lidarem diariamente com as condições de saúde, é permeado por situações extremas entre o ter ou não ter saúde. Os profissionais de saúde convivem uma boa parte de sua vida entre o viver e o morrer; a necessidade de um acompanhamento e monitoramento na elaboração de mecanismos de defesa traduziria também os benefícios assistenciais. A saúde da força produtora de qualquer organização reflete no sucesso ou não desta.

Nesta subcategoria, emerge a necessidade da reposição das aposentadorias. As falas expressam a urgência deste item, dado de grande representatividade para a realização dos processos e estas reposições não se constituem apenas em um benefício, mas em necessidade ímpar na produção dos serviços. E de acordo com as falas este item é entendido por alguns profissionais como ações motivadoras.

“Ações motivadoras vindas do HU: é necessário urgente repor as escala de serviço para suprir a falta dos aposentados com aux. e técnicos capacitados e qualificados para cuidados de assistência” (Q8- Canárias; Q16-Marajó).

Com relação à subcategoria benefícios, emerge a necessidade de reposição das aposentadorias, situação que remete a grandes problemas geradores

de conflitos. Frente ao modelo político atual de reforma do Estado, que inclui a reestruturação dos hospitais universitários, não houve mais a liberação de concursos públicos, se tornando difícil esta reposição. O que tem ocorrido são movimentação de pessoal e readaptações, o que não supre as demandas diárias. Estas configurações sobrecarregam os profissionais e aumentam o absenteísmo e as doenças relacionadas ao trabalho, gerando licenças de longa permanência, considerando a idade e o tempo de serviço destes profissionais.

A sobrecarga de trabalho experimentada pela equipe de enfermagem durante a realização do cuidado, devido à multiplicidade de atividades por ela exercida, expõe os profissionais aos vários contextos sociais nas instituições de saúde, conduzindo-os às situações conflitantes. A construção por um modelo de gestão dos recursos capaz de perceber os valores individuais das equipes, no sentido de incentivar a sua coesão, favorece à equipe uma melhor administração destes conflitos.

Trabalhar em equipe permite lidar com as inter-relações, implicando em um processo de articulação e desarticulação, bem como a vivência de conflitos e negociações para o bom andamento do trabalho. Outro benefício vagamente comentado pelos participantes foi à questão da remuneração, o esboço das falas sobre o benefício salários, apenas reforçou a questão de salários dignos, não houve colocações sobre má remuneração entre os participantes.

“Meu compromisso... o salário... e...”. (Q14-Madagascar).

Sabe-se que a remuneração paga ao profissional em troca de sua prestação de serviços representa em geral algo valorativo e este exerce forte influência sobre a satisfação do trabalhador.

4.4.3 Participação no processo decisório

Sobre a participação dos profissionais nas decisões para a realização do planejamento de condução do processo de trabalho se obteve as seguintes respostas.

“Nem sempre”. (Q2-Capri; Q18- Santurini; Q8-Canárias; Q20-Melvile).

“Não há participação, esta fica centralizada”. (Q3-Valadares; Q4-Cayman; Q11-Gaivota; Q17- Bora-Bora; Q21- Itamaracá; Q23- Gregas).

O conhecimento sobre a dinâmica de como se planejam os processos de trabalho perpassam pela atuação das diretrizes formuladoras dos processos através de um repasse contínuo a todo o corpo de funcionários envolvidos e enquanto orientadores das ações obedecem ao momento político e econômico vigente. A importância da participação de todos os envolvidos neste processo é algo imperativo para a sua concretização.

“Não há participação, até pedem nossa opinião, mas não colocam em prática é tempo perdido” (Q9-Parati; Q14-Madagascar).

De acordo com as falas, segue paralelamente o sentimento de não desvalorização sobre a opinião dos profissionais quanto à participação no processo de decisão das ações do processo de trabalho. E ainda é expressa a falta de impacto das opiniões pelas chefias de cúpula, mesmo quando existe a participação.

Quando o trabalhador desenvolve seu trabalho com prazer, com compromisso, sendo valorizado através de um julgamento positivo em relação a seu fazer, o ambiente de trabalho poderá ser compreendido como um local de reconhecimento e crescimento pessoal e, ainda, de realizações e de valorização do trabalhador (SILVEIRA, 2012).

As expressões reveladas indicam que mesmo havendo a participação dos profissionais sobre as ações do planejamento, estas não têm repercussões, se constituindo em decisões centralizadas e não participativas. Contrapondo esta visão, se entende que as vozes dos profissionais de enfermagem e de saúde devem se fazer ecoar de forma democrática e responsável, com direito à participação das opiniões que direcionam o planejamento para a execução das ações de enfermagem, ou seja, a construção do cuidado, ato este de total competência da equipe de enfermagem.

“Sim, há participação... embora as chefias não deem muito crédito, digo as chefia geral, gestor, diretor, superintendente etc...” (Q6-Sumatra).

Na intimidade da equipe profissional e com relação à participação dos profissionais com relação ao processo de trabalho, a valorização das experiências de

cada membro individualmente torna-se imprescindível para a construção do todo, sem se perder de vista o conhecimento além das aparências formais da prestação do cuidado. Perceber os aspectos subjetivos do contexto representa, também, formas de valorização da equipe.

4.4.4 Política de recursos humanos

O papel da política de recursos humanos exerce função preponderante na produção dos serviços, no que se refere à implementação de estruturas e forma de gestão, criando condições de vínculos mais próximos com este setor produtivo. Com relação ao setor saúde, a relevância se dá frente a sua importância de responder à proposta do SUS nas instituições públicas, vertente que vem culminar com os princípios e diretrizes de formação de recursos humanos para atuar no setor saúde.

Para que se concretizem as ações estratégicas de provimento das pessoas, cabe à gerência de recursos humanos conhecer o ambiente interno para que assim possa concentrar e direcionar a força de trabalho.

“As ações motivadoras são poucas: a atuação do RH vem apresentando a lembrança do aniversário, algumas palestras, sem muito impacto” (Q10- Ilha Bela).

Com relação à atuação do Rh, a participante expressa que as ações motivadoras são poucas e não causam impacto junto aos profissionais. Tomando-se por base o relato, deve-se ressaltar que: considerar a vontade e os interesses dos indivíduos que constroem os espaços sociais nas instituições de saúde implica em uma ótica sensibilizada que ultrapasse além das capacidades técnicas dos profissionais da equipe de enfermagem. Para tanto, um acompanhamento paralelo é pertinente ao trabalho da enfermagem.

Entender os recursos para a composição da força produtora do cuidado no ambiente hospitalar assistencial ou ambulatorial permite o conhecimento de que mesmo com as mais avançadas tecnologias, estas são operadas pela mão humana e tem a função de agilizar e complementar os processos, mas jamais substituir os profissionais da área da saúde. A valorização da dimensão humana e subjetiva na instituição de saúde ganha relevância frente ao cenário vivo de atuação dos profissionais.

Observa-se através das falas a emissão dos participantes por programas permanentes que venham a valorizá-los e que haja uma melhor divulgação, incluindo a participação da gerência de recursos humano e multiprofissional.

4.4.5 Políticas educacionais (educação continuada, capacitação e qualificação)

A questão da educação para os profissionais de saúde aponta para um projeto pedagógico no campo das políticas públicas de saúde, em que a humanização venha a transformar os modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. (DESLANDES, 2004).

A enfermagem, como trabalho, está inserida neste processo e uma das suas dimensões contempla a produção de conhecimentos voltados para produzir cuidado. Neste estudo, quando os profissionais foram indagados sobre as políticas de educação continuada e permanente como suporte para o crescimento profissional, com vistas à melhoria das relações do processo de trabalho, emergiram as seguintes expressões associadas à subcategoria políticas de educação.

“O Serviço de Educação Continuada é muito importante, mas esses profissionais deveriam interagir mais conosco nos motivando a melhorar o desempenho educacional, bem como junto à reitoria criar grupos de estudos para cursos latu-senso e stricto-senso”(Q13-Lençóis; Q-19Bora-Bora; Q21-Itamaracá).

O emergir das falas revela o reconhecimento dos profissionais sobre as ações educativas existentes na instituição, no entanto, apontam para uma interação maior que venha a melhorar o desempenho educacional. É notório o desejo dos profissionais em níveis de formação mais graduada.

“Tem melhorado ao longo dos anos, tentando adequar os horários de trabalho e estimulando para o plano de cargos e carreira, porém tem que criar estratégias para mesmas aquelas pessoas que já concluíram seus cursos, permanecerem se atualizando e interessadas no trabalho. Isso é um desafio”(Q10-Ilha Bela).

A fala de Q10-Ilha Bela recai sobre a questão do não retorno do profissional após a qualificação. Sugere a criação de estratégias que venham a

estimular o interesse deste pelo trabalho. Ações motivadoras que despertem sentimento de retorno e cidadania.

Com relação à didática de capacitar, chama a atenção para os processos formativos de capacitação, que devam ser fundamentados em metodologias que possibilitem estabelecer a relação entre as propostas e a realidade, que possibilitem uma reflexão crítica, de forma a conduzir a tomada de decisão voltada às necessidades dos usuários no contexto da prática.

Para Merhy (2008, p.1.954), o trabalho vivo em ato se compõe nas relações do encontro entre profissionais e usuários no cotidiano dos serviços. A este respeito, comenta:

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção.

A importância de se capacitar os recursos humanos nas instituições de saúde se fundamenta no princípio de que as pessoas que compõem as equipes produtora do cuidado representam os recursos propriamente ditos, os ativos que dão sentido à concretização do processo de trabalho e para que esta categoria desenvolva plenamente suas potencialidades e isso necessita de todo um aparato pedagógico. Capacitação, qualificação e treinamento foram unidades de significados entendidas que emergiram das expressões das participantes de acordo com as falas.

“Programas Permanentes voltados para a valorização dos servidores melhor divulgados, com a participação da equipe recursos humanos e multiprofissionais” (Q2-Capri; Q3-Valadares; Q5-Maiorca; Q4- Cayman; Q19-Creta; Q21-Itamaracá; Q22-Angra).

Para que uma instituição de saúde e de ensino possa responder a sua missão de acordo com as demandas da sociedade, a mesma necessita investir em todos os níveis de qualificação dos seus profissionais através de programas de qualificação e desempenho, acompanhamento permanente na busca de qualificar as pessoas conforme os objetivos institucionais.

A busca contínua pelo conhecimento e pela atualização sobre as competências já existentes no seio das organizações constitui elemento fundamental

para estes coletivos, no sentido de se aperfeiçoar as atitudes crítica e reflexiva. Esta busca pela qualificação e para que assim possa atingir a todos os profissionais demanda de uma comunicação eficiente no âmbito das instituições.

“A falta de comunicação, timidez” (Q13- Lençóis).

“Como citado anteriormente a falta de comunicação na instituição é muito presente, sendo assim as informações não chegam a mim... Em muitas vezes as informações vem do próprio cliente” (Q12-Itaparica).

Foi observada nas falas a comunicação ineficaz, mal-entendida ou distorcida, não chegando até os profissionais. Faz-se presente um monitoramento com retorno de confirmação das informações enviadas aos profissionais, talvez uma padronização. Como melhoramento da comunicação, acrescenta-se a necessidade de treinamentos, sobretudo no tocante à tecnologia da informação, com a disposição de equipamentos e a criação de endereços eletrônicos para todos os profissionais.

No cotidiano das relações interpessoais, a comunicação entre os profissionais de enfermagem é essencial, pois resulta em uma aproximação das pessoas, um compartilhar ideias, visões e maior compreensão do trabalho que cada um desempenha em sua equipe.

“Todo o agir humano só possui sentido se puder ser dialogado, o que distingue os homens entre si, tornando-os seres políticos” Arendt (2007, apud AMESTOY, 2009, p.675). Com vistas à melhoria das relações do processo de trabalho, emergiram as seguintes expressões associada à subcategoria políticas de educação.

“O Serviço de Educação Continuada é muito importante, mas esses profissionais deveriam interagir mais conosco nos motivando a melhorar o desempenho educacional, bem como junto à reitoria criar grupos de estudos para cursos latu-senso e stricto-senso” (Q13-Lençóis; Q-19Bora-Bora; Q21-Itamaracá).

O emergir das falas revela o reconhecimento dos profissionais sobre as ações educativas existentes na instituição. No entanto, apontam para uma interação maior que venha a melhorar o desempenho educacional. É notório o desejo dos profissionais em níveis de formação mais graduada.

“Tem melhorado ao longo dos anos, tentando adequar os horários de trabalho e estimulando para o plano de cargos e carreira, porém tem que

criar estratégias para mesmas aquelas pessoas que já concluíram seus cursos, permanecerem se atualizando e interessadas no trabalho. Isso é um desafio”(Q10-Ilha Bela).

A fala de Q10-Ilha Bela recai sobre a questão do não retorno do profissional após a qualificação. Sugere a criação de estratégias que venham a estimular o interesse deste pelo trabalho. Ações motivadoras que despertem sentimento de retorno e cidadania.

“Acho importante, mas nunca é feito o levantamento das necessidades de treinamento” (Q18- Santurini;Q23- Gregas).

Avaliando as falas dos participantes, nota-se a necessidade de construção de um perfil através do levantamento das necessidades, no qual se obtenham indicadores para a condução do processo educativo e para as defasagens mais evidentes.

“Não sou atingida pela mesma, acho que existem, mas não sou comunicada, convidada ou mesmo perguntada pela necessidade das mesmas” (Q12-Parati).

Verificando-se as falas, elas revelam o grau de afastamento da participante com relação às ações de educação continuada e/ou outras. Este comportamento emerge para a investigação deste quadro e denota a necessidade de um programa de acompanhamento em prol da qualificação dos profissionais, mantendo cada vez mais a sua capacidade crítica.

A questão de se enfatizar a educação neste estudo se deu em vista de que, ao se adotar ferramentas que promovam nos profissionais uma multivisão sobre a real origem dos fatores que interferem no processo de trabalho, favorecem a canalização da energia para o equilíbrio da equipe, sem desperdiçá-la ou desviá-la para outro foco.

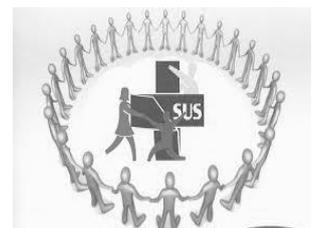
A Educação continuada na enfermagem enquanto projeto educativo há de considerar prioritários os eventos relacionados à área e os programas de admissão, atualização, treinamentos, pós-graduação, pesquisa, gerência e integração docência-assistência, todos conduzidos e fundamentados no cuidado humano (PASCHOAL *et al*, 2007, p.479).

Com relação à instituição hospital de ensino, aqui citada como polo formador e para que se visualize a efetividade de um sistema único e integrado em cadeia do cuidado progressivo à saúde, de acordo com Brasil (2009), a educação em saúde incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução dos hospitais de ensino e dos serviços de saúde colocam o SUS como interlocutor nato em todas as escolas na formulação e implementação, incorporadas ao cotidiano dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não como um mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

A importância de se fortalecer o processo educativo é ímpar, pois a educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas um processo que desenvolve características físicas e espirituais para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes (MORIN 2002).



Capítulo 5: Conclusões



Com o intuito de verificar os fatores que interferem na execução do processo de trabalho e nas relações interpessoais dos profissionais de enfermagem com vistas a propor uma ferramenta para a melhoria dos serviços no ambulatório de especialidades deu-se início o estudo. Pautou-se na instigação a questionamentos com relação aos profissionais de saúde, com especialidade os de enfermagem e pertencentes ao serviço público, equipe da qual a pesquisadora faz parte. A preocupação recai sobre as relações interpessoais que se estabelecem no espaço entre a equipe de enfermagem, demais profissionais e usuários.

Em se tratando de uma instituição pública, há um senso comum de que os profissionais são ineficientes e sem compromisso com a população usuária. Rever tais conceitos e investir na pesquisa em busca de desfazer este pensamento de desconfiança, bem como mostrar a realidade dinâmica dos serviços de saúde e do trabalho dos profissionais torna relevante o trabalho.

Percorrendo sobre a trajetória do estudo, os achados na revisão da literatura, muitos vieram a consolar e confirmar os conceitos que realmente se percebiam com relação ao processo de trabalho e igualmente as relações surgidas por ocasião deste. Deve-se ressaltar que enquanto pesquisava e contextualizava as ideias com as teorias dos autores, observava-se que o estudo apontava para a adoção de um programa de educação, não tão mais amplo porque temos na instituição um programa de educação continuada e bem estruturado, mas sim um acompanhamento sistematizado para que se concretize a efetividade das ações.

Não tornando o contexto exaustivo, Ceccim e Feuerwerker (2004) comenta que o papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

Como resposta aos objetivos traçados neste estudo, com relação aos fatores intervenientes no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem do ambulatório de especialidade do HUWC, fatores estes prejudiciais às relações entre profissionais e usuários e entre os próprios profissionais, se finaliza o

estudo, entendendo que a insatisfação apresentada pelos profissionais de enfermagem do ambulatório, vertente que acarreta diretamente na desmotivação e desequilíbrio na dinâmica das relações, representa fator individual preponderante sobre o do processo de trabalho.

No que se referem ao prazer dos profissionais pertencerem à instituição, estes demonstram sentir grande satisfação em pertencer ao complexo hospitalar, por uma série de razões que os tornam socialmente privilegiados. No entanto, deixam transparecer certa dualidade, através das falas, principalmente com relação ao clima de empatia com os colegas, bem como a opção enaltecida pelos aspectos negativos, cujos sentimentos revelam as marcas da subjetividade intrínseca no trabalho da equipe de enfermagem.

Os profissionais afirmaram, com raras exceções, o grande prazer em trabalhar na instituição hospitalar HUWC, mesmo com todos os percalços diários enfrentados. Referem uma grande satisfação em pertencer à instituição, isto é notório pelo tempo que ali se encontram alguns, que já construíram sua referência identitária. O sentimento de pertencer já estabelecido se identifica pelo fato de alguns estarem na instituição há mais de 30 anos e ainda não optou pela aposentadoria, preferindo continuar pertencendo à instituição.

Ao final da análise dos dados através da narrativa dos participantes verificaram-se as seguintes conclusões:

Com relação aos fatores Individuais:

- a satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição; lidar com os aspectos subjetivos implica um entendimento além das aparências, podendo variar de acordo com as situações apresentadas;

- sobre as subcategorias reconhecimento e relacionamento interpessoal, a empatia com os colegas, o respeito, o vínculo foram referidos com frequência; o que implica em medidas contínuas de se trabalhar a afetividade dos profissionais, estimulando a motivação e o clima de amizade e reciprocidade, a partir de políticas internas realizadas pela GRH; estas ações incidem sobre a motivação, refletindo na valorização dos profissionais, bem como o despertar para o coletivo das ações, o que produzirá o sentimento no trabalho em equipe;

- necessidade de maior atuação dos recursos humanos em trabalhar os aspectos coletivos, propondo programas que incluam uma aprendizagem significativa

no contexto de educar com efetividade, de forma a estimular os profissionais a perceber as ações coletivas, levando-os a uma melhor aceitação do outro e melhor convivência no local de trabalho.

Com relação aos fatores institucionais:

(A insatisfação apresentada pelos profissionais no geral é ocasionada por questões operacionais da instituição).

- o não atendimento às demandas, a escassez de material, a insuficiência de equipamentos, falha nas informações, comunicação ineficaz as condições ambientais e a significativa jornada de trabalho e outros;

- necessidade de maiores investimentos na área física como local para banho e higienização, salas para discussão pertinente ao trabalho, locais para atividade físicas laborais, ações de lazer, copa para lanches rápidos;

- maior investimento na saúde dos profissionais como um plano de saúde no próprio local de trabalho;

- atuação efetiva da gerência de recursos humanos no sentido de prover as políticas de fortalecimento das relações de vínculo dos profissionais com a instituição;

- reposição adequada da força de trabalho, para substituição das aposentadorias, citado nas falas e fator gerador de grandes conflitos, entre a equipe;

- estímulo aos profissionais através de palestras, treinamentos e de comunicação efetiva influenciando-os a capacitações de nível técnico e de graduação para o crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal;

As questões referidas pelos profissionais apontam para sensibilização das políticas públicas do governo de reestruturação e refinanciamento para os hospitais de ensino e para a saúde de um modo geral. Percebe-se a necessidade de maior atuação dos recursos humanos em trabalhar os aspectos coletivos e daí propõem-se programas que incluam uma aprendizagem significativa no contexto de educar com efetividade e de forma a estimular os profissionais a perceber as ações coletivas.

As subcategorias organização e condições de trabalho sugerem organizar o processo de trabalho dos profissionais, de forma que venha a responder os anseios das demandas, considerando sempre as necessidades de saúde e a participação dos profissionais na tomada de decisão, o que remete à instituição uma

forma de gestão participativa com adoção dos princípios de equidade e humanização.

Também se faz necessária a adoção de medidas contínuas de se trabalhar a afetividade dos profissionais, estimulando a motivação e o clima de amizade e reciprocidade a partir de políticas internas realizadas pela gerência de recursos humanos. Estas ações incidem sobre a motivação, refletindo na valorização dos profissionais, bem como o despertar para o coletivo das ações, o que produzirá o sentimento no trabalho em equipe.

Enfim, através desta pesquisa se pôde detectar a necessidade de se manter os programas de educação continuada e em saúde de forma permanente no cotidiano dos profissionais, cujo caminho favorece a ação vigilante sobre a instituição. A resolução para esta realidade paira sobre a articulação entre o serviço de educação continuada e gerência de recursos humanos sobre o cotidiano da equipe de enfermagem do ambulatório, através de um acompanhamento efetivo.

Conta-se como limitação o estudo ter sido realizado somente com a equipe de enfermagem, seria interessante que o estudo fosse realizado com toda a equipe multiprofissional, isso certamente levaria a uma abrangência maior do conhecimento de outros fatores que interferissem na dinâmica do trabalho e das relações interpessoais no hospital universitário.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** Ribeirão Preto, 2005. 216 p.: il.; 30 cm.

AFFONSO, L. M. F. & ROCHA, H. M. **Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor e comprometem a qualidade dos serviços prestados.** VIISEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – 2010.

AGOSTINI, R. **O conflito como fenômeno organizacional:** identificação e abordagem na equipe de enfermagem. Ribeirão Preto, 2005. Dissertação de (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2005. 106f.

AMESTOY, S. C. *et al.* Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. 2009, **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, p. 673-8,.

_____, S. C. *et al.* Processo de formação de enfermeiros líderes. **Rev. Bras.Enferm**, Brasília, 2010, nov-dez; 63(6): p. 940-5.

_____, S. C. *et al.* Enfermeiras refletindo sobre seu processo de trabalho. **CogitareEnferm**. 2010 jan/mar; 15(1): p. 158-63.

ARCHANJO, J.V.L. *et al.* **Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo.”** Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Disponível em: <juarchanjo@ig.com.br.
<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/360.%20pol%CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf> Acessado em 12/11/2013.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** **TextoContexto Enferm.**, Florianópolis, 2010,out-dez; 19(4): p. 658-66.

BATISTA et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **RevEscEnferm.** USP 2005; 39(1): 85-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>>Acessado em 05/08/2013.

BAYEH M, G. M, G. **Gestão estratégica de pessoas: uma abordagem para mudança.** Trabalho apresentado no V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdos.** Trad. Por Luis Antero reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70. 2002.

_____. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Janeiro. v. 10, n. 3, sept. 2005.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300014&lng=en&nrm=iso>. access lei 94.406, que dispõe sobre o exercício da profissão. Acesso em: 14 jun 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafio. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): p. 575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional De Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília:** Ministério da Saúde do Brasil. 2ª. ed. 2006 (Série Pacto pela Saúde 2006; v.9) BRASIL. Portaria GM/ MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional Educação de Permanente em Saúde, 2004b.

_____. **Política Nacional de Humanização do SUS.** 2. ed. Brasília, 2006 (Série Pacto pela Saúde 2006; v. 9).

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009. (Série B, textos Básicos de Saúde) (Série Pacto pela Saúde 2006; v.9).

_____. **Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007.** Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146>. Acesso em: 23 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza US; v. 2). Disponível em : <http://www.saude.gov.br/bvs> . Acesso em 18/11/2013.

BRUNELLI, M. G. M. Educação permanente e sua inserção no trabalho da lei 94.406, que dispõe sobre o exercício da profissão enfermagem **Ciênc.Cuid. Saúde.** 2008 jan/mar; 7(1): 083-088.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, I. C. M; COSTA, F. de N. Estudos de Psicologia I **Campinas I**, 24(2) I 279-282 I, abril – junho, 2007.

CARMO, F. M. *et al.* Educação permanente qualidade da assistência saúde: aprendizagem significativa no trabalho de enfermagem. AÑO 11-VOL. 11 N° 1- **CHÍA**, COLOMBIA-ABRIL, 2011. Disponível: [http://pensamientoycultura.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/PDF Intersticial/1817/2364](http://pensamientoycultura.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/PDF%20Intersticial/1817/2364) .> Acesso em: 13/1/2012.

CARVALHO, D. R; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**. ano.2. v. 1. 2008.

CASTRO, L.C; TAKAHASHI, R.T. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos num Hospital de São Paulo. **RevEscEnferm. USP** 2008; 42 (2): 305-11. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/3, acessado em 20/08/2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2004.

CECCIM, R. B. E; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social- **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): p. 41- 65 2004, 59).

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE electron**. São Paulo, v. 5, n. 2, Dec. 2006. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167656482006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482006000200007>.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

COSTA, M. I. A. *et al.* Educação permanente para profissionais de saúde: a mediação tecnológica e a emergência de valores e questões éticas. **Enfermería Global** N° 10, mayo 2007, página 4.

DAVID, H. M. S. L; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev. BrasEnferm.**, Brasília, 2010, jan-fev; 63(1): 127-31.

DE CASTRO; D. L. M; ROMIJN T. F; DA SILVA, T. DE J. A educação permanente como instrumento de transformação nas práticas do assistir / cuidar da enfermagem. **Enfermería Global**, n. 10, mayo 2007.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso sob a humanização na assistência hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, pp. 7-14: 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-AM. Enfermagem** 2006, julho/agosto; 14(4): 517-25.

FARIA, H. X. ; ARAUJO, M.D. Precarização do trabalho e Processo Produtivo do cuidado. **Mediações, Londrina**, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880/8495> Acesso em 23/05/2013.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: KURCGANT, P. (coord.) *etal*. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p.1.511-1.520, set.-out. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, 2009

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo 5, 2002.

GOMES C.B. *et al*. Competência gerencial para lidar com conflito na equipe de enfermagem. **Revenferm**. UFPE online. 2012. De c; 6(12): p. 2.911-7.

GUERRA, S. T. **O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar** / por / Soeli Teresinha Guerra, 2008.96f. 30cm.

JESUS, P. C. M. *et al*. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário- **Rev. Esc. Enferm.** USP vol.45 n. 5 São Paulo Oct. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500028>> Acesso em 7/1/2012.

KANAN, L.A.; ZANELLI, J.C.O processo de vinculação de coordenadores de curso com seu trabalho e com a universidade- (**INPEAU, 2004-12-10**). Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/35716>>. Acessado em 10/9/2013.

LIMA, M. B. B. P. Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP** / Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa Lima. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

LIMA J. de O.; SILVA A. B. O significado de “ser servidor público” à luz da aprendizagem transformadora. **VII Encontro de estudos Organizacionais da ANPAD**, Curitiba –2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2012/2012_ENEO393.pdf> Acesso em 29/08/2013.

MACHADO, A. L. *et al*. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, p. 2009.

MAGALHÃES, E. GOMES, L.; MAGALHÃES, E. Uma análise do processo de formulação e implementação de mudança organizacional: o caso de um instituto de

previdência complementar e plano de saúde. In: **SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA**, 3. 2006, Resende. Anais... Resende: AEDB, 2006.

MANCIA, J. R. *et al.* Educação Permanente no o da enfermagem na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, p. 605 – 610. set/out. 2004.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, E. C. **Qualidade de Vida no cotidiano institucional dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico** / Edna Colangelo Matos. – Fortaleza, 2009. 91p.; il.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde (**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação do Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde, organizador**). Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145). Resenha de: BAETA, C. A. B. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1957, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____, M.C.S.; SANCHES, O. Qualitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, 1993.

MORI, E. M. OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da política nacional de humanização (PNH): **SAÚDE EDUCAÇÃO** - cogestão em ato. v.13, supl.1, pp.627-40, 2009 - p.636

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO; 2002.

MORIN, E; TONELLI, M. J; PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, 2007.

MOSCOVICI, F. *et al.* **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. Rio de Janeiro: José Olímpio: 2010.

NAVARRO, V. L. Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2.500-2.502, 2006.

NOBREGA, M. de F. B. N. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. Dissertação de

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais nas práticas do cuidado. **RevEscEnferm**, USP 2005; 39 (4): 460-8.

SANTOS, P. R. dos. **Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro.** / Paula Raquel dos Santos. -Rio de Janeiro: s.n., 2010. 175f. i

SANTOS, S. R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **CogitareEnferm.** 2007, abr/jun; 12(2): 229-35

SENHORA, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. lei 94.406, que dispõe sobre o exercício da profissão Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 45-55, jan.-jun, 2007.

SCHERER, M.D.A. *et al.* Trabalho coletivo: desafio para a gestão. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(4): p. 721-25.

SILVA, C. M. C.; PEIXOTO, R. R.; BATISTA, J. M. R. A influência da liderança na motivação da equipe. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 13, n. 13, p. 195 – 206, 2011.

SILVEIRA, R. S. da *et al.* Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 3, n. 2, p. 93-96, 2012.

SILVEIRA, R. S. da. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético** / Rosemary Silva da Silveira — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2012.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **RevEscEnferm USP** 2010; 44 (3):803 – 11.

SIQUEIRA, M. M. M; GOMIDE Jr, S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. *In*: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E; BASTOS, A.V.B. (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

SOUZA, L.B. *et al.* Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **R. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2008, jan/mar; 16(1): pp. 107-12.

TAVARES. C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006, abr-jun; 15(2): p. 288.

THOFEHRN, M.B; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, 2006, jul-set; 15(3): p. 409-17.

XIMENES, H. F. **No fio da navalha: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velho-ES** / Helaynne Ximenes Faria. 2010 - 5 f.: il.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE I**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Data ____/____/____

Sexo: () Masc. () Fem.

Setor do ambulatório de especialidades _____

Categoria Profissional _____

Tempo de instituição _____ Vínculo _____

1. Você sente prazer em trabalhar nesta instituição? Sim() Não() Porque?
2. Quais são os fatores relacionados a você que favorecem a realização do seu trabalho no ambulatório de especialidades?
3. Quais são os fatores relacionados a você que dificultam a realização do seu trabalho no ambulatório de especialidades?
4. Quais os fatores relacionados ao HUWC que contribuem para a realização do seu trabalho?
5. Quais os fatores relacionados ao HUWC que dificultam a realização do seu trabalho?
6. Como você percebe o trabalho em equipe no ambulatório especializado?
7. Em sua opinião. Qual a sua motivação para o desenvolvimento do seu trabalho no HUWC
8. Como você tem acesso às informações de que necessita para executar seu trabalho?
9. No seu ponto de vista. Os profissionais participam das decisões que dizem respeito ao trabalho?
10. Em sua opinião. Quais as ações motivadoras para valorização dos trabalhadores no HUWC?
11. Quem mais colabora com você para o bom desenvolvimento do seu trabalho?
12. O que você acha das ações de Educação Permanente e Continuadas do HUWC?
13. Apresente a sua sugestão de educação continuada/permanente a melhoria do trabalho e das relações interpessoais dos servidores no ambulatório de especialidades e no HUWC como um todo.

APÊNDICE II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu Anselma Alves Batista, Enfermeira e servidora do Hospital Universitário Walter Cantídio- HUWC/UFC, aluna do Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior estou desenvolvendo minha dissertação intitulada “FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE TRABALHO E NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS: Percepção dos servidores de enfermagem de um serviço ambulatorial”, que tem como objetivo principal: Verificar os fatores que interferem na execução dos serviços e nas relações interpessoais, a partir da percepção dos próprios servidores, com vistas a melhoria dos serviços e das relações interpessoais no trabalho. Para alcançar o objetivo proposto, convido você para participar, respondendo a um questionário com perguntas abertas que levará aproximadamente 20 minutos. Ao participar deste estudo você não estará exposto a nenhum risco que ameace a sua integridade física e/ou moral, tendo em vista não serem submetidos a nenhuma intervenção. Caso se sinta desconfortável para responder ao questionário, não deverá assinar este termo de consentimento o que indica que você não será um participante deste estudo. Caso você aceite participar e, em algum momento queiro desistir poderá retirar seu consentimento. Em qualquer situação não haverá nenhum prejuízo e/ou punição em detrimento do seu desejo. Os benefícios relacionados com a sua participação consistem na utilização dos resultados da pesquisa como subsídio para a reorientação de medidas que visem à melhoria dos processos educativos, das relações de trabalho e interpessoais e da valorização dos servidores. Os resultados só serão utilizados para fins de divulgação científica, em nenhuma situação você será identificado. Caso tenha compreendido tudo e deseje participar você deverá assinar este Termo de Consentimento. A qualquer momento você poderá entrar em contato comigo, Anselma Alves Batista no endereço: Email: anselmabatista@ig.com.br e (085)99508210 e Rua Capitão Francisco Pedro nº 1290- Rodolfo Teófilo, telefone 33668630. Se tiver alguma dúvida sobre questão ética relacionada ao projeto ou a sua participação entre em contato com o CEP/HUWC à Rua Capitão Francisco Pedro nº 1290- Rodolfo Teófilo, telefone 33668589. Obrigada.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador)

Data: ----/----/-----

Data: ----/----/-----